

# SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERRAS BAIANAS: PRODUÇÕES INOVADORAS

Paula Hayasi Pinho,  
Helena Moraes Cortes,  
Luciana Alaíde Alves Santana  
(Organizadoras)



EDITORA UFRB  
*Viva a leitura!*



**Saúde da família em terras baianas:  
produções inovadoras**



Universidade Federal do  
Recôncavo da Bahia

### REITORA

Georgina Gonçalves dos Santos

### VICE-REITOR

Fábio Josué Souza dos Santos

# EDUFRB

## Superintendência da Editora

### SUPERINTENDENTE

Rosineide Pereira Mubarak Garcia

### CONSELHO EDITORIAL

Rosineide Pereira Mubarak Garcia  
(Presidente)

Débora Alves Feitosa (CFP)

Luciano Hocevar (CETENS)

Manuela Oliveira de Souza (CETEC)

Maurício Ferreira da Silva (CAHL)

Rosilda Arruda Ferreira (CCAAB)

Sarah Roberta de Oliveira Carneiro (CECULT)

Simone Alves Silva (PPGCI)

Urbanir Santana Rodrigues (CCS)

### SUPLENTES

Marcílio Delan Baliza Fernandes (CCS/SUPAI)

Susana Couto Pimentel (CETENS)

Tatiana Polliana Pinto de Lima (CECULT)

### EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

Paula Hayasi Pinho  
Helena Moraes Cortes  
Luciana Alaíde Alves Santana  
(Organizadoras)

# Saúde da família em terras baianas: produções inovadoras



Cruz das Almas - Bahia  
2024

Copyright©2024 by Paula Hayasi Pinho,  
Helena Moraes Cortes e Luciana Alaíde Alves Santana

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB

*Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica*

Antonio Vagno Santana Cardoso

*Revisão e normatização técnica*

Nicole Medeiros Leal

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

S255

Saúde da família em terras baianas: produções inovadoras /  
Organizadoras: Paula Hayasi Pinho, Helena Moraes  
Cortes e Luciana Alaíde Alves Santana. Cruz das  
Almas, BA: EDUFRB, 2024.  
122p.; il.

Este e-book reúne trabalhos produzidos por mestrandos,  
ex-mestrandos, parceiros externos ao Programa, alunos de  
iniciação científica e corpo docente do Mestrado Profissional  
em Saúde da Família – FIOCRUZ / UFRB.

ISBN: 978-65-88622-12-4.

1.Saúde da família – Aspectos sociais. 2.Saúde –  
Participação social – Análise. I.Universidade Federal do  
Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. II. Pinho,  
Paula Hayasi. III.Cortes, Helena Moraes. IV.Santana,  
Luciana Alaíde Alves. V.Título.

CDD: 362.10981

Ficha elaborada pela Biblioteca Universitária de Cruz das Almas - UFRB. Responsável  
pela Elaboração – Antonio Marcos Sarmento das Chagas (Bibliotecário - CRB5 / 1615)

Livro publicado em 16 de dezembro de 2024



Rua Rui Barbosa, 710 – Centro  
44380-000 Cruz das Almas – Bahia/Brasil

Tel.: (75) 3621-7672

[editora@reitoria.ufrb.edu.br](mailto:editora@reitoria.ufrb.edu.br)

[www.ufrb.edu.br/editora](http://www.ufrb.edu.br/editora)





# Apresentação

Helena Moraes Cortes

Paula Hayasi Pinho

Luciana Alaíde Alves Santana

Este e-book reúne trabalhos produzidos por mestrandos, ex-mestrandos, parceiros externos ao programa, alunos de iniciação científica e corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – FIOCRUZ/UFRB numa segunda edição. Os trabalhos apresentados foram originados no contexto das elaborações dos Trabalhos de Conclusão de Mestrado (TCM), como produtos finais dos TCMs.

O primeiro capítulo, intitulado Projeto Manjedoura: cuidados a gestantes em situação de rua, destaca a criação e efetivação de um fluxograma assistencial que objetiva principalmente a assistência integral e interdisciplinar a pessoas em vulnerabilidade, particularmente, em situação de rua no município de Salvador- Bahia.

Desafios da parteira tradicional: o registro de nascimento é o tema que compõe o segundo capítulo e pretende ampliar a geração de dados que reconheçam a atuação das parteiras tradicionais e que elas sejam respeitadas pela herança cultural que carregam, guardam e ofertam às suas comunidades.

O terceiro capítulo, Cuidado ao recém-nascido prematuro na ABS traz uma revisão integrativa de literatura, desvelando os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido prematuro no âmbito da atenção básica.

O quarto capítulo, intitulado Itinerário Terapêutico de famílias: conhecer para cuidar, integraliza saberes científicos e populares, sistematizando de forma holística e transversal, corroborando com as múltiplas reflexões geradas pela professora Fran Demétrio (*in memoriam*) em ambiente (in)formais sobre a multiplicidade dos saberes e do(s) ser(es). As discussões sobre as racionalidades biomédicas são re(vivenciadas) em cada parágrafo iniciado nesta produção científica.

Em todo o capítulo há de se notar uma tenacidade em considerar, sob uma ótica ampliada, as relações humanas e as conexões com o processo de sociabilidade e atenção à saúde. Essa perspectiva ampliada e holística, tão marcante da Fran Demétrio, atravessa as relações pessoais e interpessoais estabelecidas e nos ensina com neologismos que somos seres únicos, múltiplos e transversais.

Tecnologia da informação na APS e a Covid-19 é o quinto capítulo deste *e-book*. As autoras relatam a experiência das ações de (re)organização da APS, utilizando ferramentas de tecnologia da informação e comunicação no acompanhamento de usuários durante a pandemia, desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família de um programa de residências integradas em saúde da família. Mostrando, então, que além de proporcionar alguns canais de acesso e comunicação entre usuários e profissionais, o tele atendimento evitou a circulação de pessoas, respeitando o isolamento social, e desempenhou um papel importante no acompanhamento longitudinal.

Estresse ocupacional na APS: recomendações aos profissionais é o título do sexto capítulo, que traz como destaque uma cartilha sobre o estresse ocupacional, utilizando-se a psicologia positiva, através do modelo de demandas e recursos do trabalho (JDR - *JobDemandsandResources*).

Os capítulos deste *e-book* instigam o(a) leitor(a) a mergulhar nas produções de estudantes e professores envolvidos no Mestrado Profissional em Saúde da Família – FIOCRUZ/UFRB, através de ensaios teóricos, revisões de literatura, relatos de experiência, análises documentais e pesquisas de campo, oriundos dos projetos de TCM ou concebidos no contexto das disciplinas do curso. Trabalhos que buscam verificar as potências, fortalezas e desafios que têm sido colocados na constituição da produção de saberes e práticas no campo da Saúde da Família.

# Sumário

## **Prefácio**

*Sabrina Stefanello* ..... 13

## **Manjedoura: cuidados a gestantes em situação de rua**

*Marla Niag dos Santos Rocha, Micheli Dantas Soares,  
Ana Lúcia Moreno Amor*..... 15

## **Desafios da parteira tradicional: o registro de nascimento**

*Caroline Costa Bourbon, Micheli Dantas Soares,  
Luciana Alaíde Alves Santana, Evandro de Oliveira Magalhães Filho,  
Micheli Dantas Soares,  
Luciana Alaíde Alves Santana* ..... 47

## **Itinerário terapêutico de famílias: conhecer para cuidar**

*Adrielly dos Santos Mendes, Fran Demétrio (in memoriam),  
Ismael Mendes Andrade, Luiz Henrique Silva Mota,  
Ana Lúcia Moreno Amor*..... 67

## **Tecnologia da informação na APS e a covid-19**

*Andrezza Lima Muricy, Elaine Nunes Pacheco,  
Paula Hayasi Pinho,  
Helena Moraes Cortes*..... 89

## **Estresse ocupacional na APS: recomendações aos profissionais**

*Elaine Nunes Pacheco,  
Paula Hayasi Pinho* ..... 99

**Autores(as)**.....119



# Prefácio

*Sabrina Stefanello<sup>1</sup>*

O *e-book* Saúde da Família em Terras Baianas: produções inovadoras chega para mostrar como é possível trabalhar, transformar e aprender no que é público, unindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, particularmente através do programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Esta é a segunda edição, que amplia o acesso e aumenta a visibilidade do que tem sido feito nesta colaboração entre universidade, docentes e discentes, e profissionais do SUS, em especial aqueles que estão envolvidos com, ou atuando, na atenção básica. Aproveito para destacar que se você pensou que o trabalho desse pessoal é simples, melhor reconsiderar e mergulhar nessa leitura.

Os capítulos versam sobre diferentes temas pertinentes à saúde e cada um deles indica possibilidades para melhorar o cuidado de indivíduos, famílias, comunidades e de quem exerce esta função. Inclusive a quem a nossa sociedade, agudamente desigual, tenta esconder e, frequentemente, estão à própria sorte, como se esse fosse um destino inevitável. Portanto, é um *e-book* sobre pessoas, para pessoas interessadas em mudanças a partir do cotidiano em saúde. O foco das questões levantadas pode mudar a cada capítulo, entretanto, a linha condutora é oferecer um cuidado melhor em saúde, a partir de unidades básicas.

Imagine o desafio, a delicadeza, o afeto e o comprometimento social envolvidos em: a) cuidar de gestantes em situação de rua, evitando violações de direitos e acompanhando-as nos diferentes pontos de atendimento em saúde do SUS; b) garantir avaliação e atendimento a pessoas com suspeita de Covid-19 ou com infecção confirmada,

---

<sup>1</sup> Coordenadora acadêmico institucional do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAUDE - FIOCRUZ/UFPR.

com as restrições da pandemia vigentes naquele momento, tentando-se diminuir a circulação de indivíduos e, ao mesmo tempo, manter o acompanhamento daqueles com problemas graves de saúde; c) revisar o que existe na literatura científica para melhorar o cuidado e o acolhimento nas unidades básicas de saúde daqueles que vieram ao mundo antes do tempo previsto, os recém-nascidos prematuros, melhorando, indiretamente a vida de famílias, usualmente preocupadas com seus pequeninos, e justamente, na Unidade Básica de Saúde, mais próxima de onde vivem; d) manter visível o ofício das parteiras, suas tradições e prover informações sobre os direitos e os caminhos para as famílias, que tiveram o parto assistido por uma parteira, possam ter seus filhos e filhas devidamente registrados em cartório; e) chamar a atenção para as doenças intestinais causadas por parasitas, fortemente associadas ao ambiente, condições de vida, acesso ao saneamento básico, a partir da experiência em unidade básica de saúde rural; f) identificar junto aos profissionais, com experiência de trabalho em unidades básicas de saúde, os aspectos relacionados ao estresse ocupacional, ou seja, os sofrimentos de quem trabalha cuidando, indicando possíveis melhorias.

O *e-book* não precisa ser lido seguindo sua ordem de apresentação, é possível começar pelo tema que considerar mais atraente. E, mesmo propondo inúmeras possibilidades, o texto não se furta a levantar problemas e limitações, o que é bastante importante ao se considerar um sistema de saúde público como o SUS – que é de todos nós – uma pena que nem todos o compreendam assim.

## Manjedoura: cuidados a gestantes em situação de rua

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

Este capítulo discorre sobre o "Projeto Manjedoura", inserido no Projeto de Pesquisa "Compreensão dos impactos da vivência de gênero nas trajetórias sexuais e reprodutivas de mulheres em situação de rua na capital da Bahia", apresentado como um dos produtos para o Mestrado Profissional em Saúde da Família, campus no Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

O Projeto Manjedoura se estabelece como criação e efetivação de um fluxograma assistencial que objetiva, principalmente, a assistência integral e interdisciplinar a pessoas em vulnerabilidade, particularmente, em situação de rua. Este produto apresenta, como consequências do seu funcionamento, o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão, orientação de estudantes e residentes que atuam nos ambulatórios, além da possibilidade de unir/conciliar as práticas desenvolvidas no serviço aos preceitos da academia (ensino-pesquisa-extensão) e a formação de estudantes e residentes à condução assistencial de pessoas em vulnerabilidade, possibilitando socialização e discussão do mesmo, com expertises do tema central.

Apesar de a gestação ser um momento em que as pessoas recebem mais cuidados e, portanto, é uma janela de oportunidade para várias ações em saúde para essas mulheres, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e outros estudos salientam que gestantes em situação de rua, em sua maioria, encontram inúmeras barreiras e não têm acesso ao acompanhamento pré-natal adequado, como preconizado nas diretrizes de políticas de saúde vigentes (Brasil, 2016; Barros et al., 2020). Além disso, não é só no momento

do pré-natal que dificuldades ocorrem, podendo mulheres em situação de rua relatar experiências negativas do serviço de assistência na maternidade durante o parto e o pós-parto, dentre elas, o tempo excessivo de espera, a comunicação pouco clara com os profissionais de saúde, os exames físicos desconfortáveis, preconceito, além da possibilidade de perda da gerência do cuidado de seus filhos (Gebreyesus *et al.*, 2019).

Quando pessoas em situação de rua engravidam, assim como todas as outras, suas necessidades de saúde são maiores e mais específicas. Tal condição pode ser um fator de risco para desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. Dentre as alterações que foram encontradas, ressalta-se que mulheres em situação de rua são mais propensas a apresentar parto prematuro, bem como, recém-nascidos com baixo peso ao nascer (<2,500 g), tamanho pequeno para a idade gestacional, hemorragias durante a gravidez, polidrâmnio ou outros problemas da cavidade amniótica e os recém-nascidos podem necessitar de maior necessidade de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, também permanecendo por maior tempo nas mesmas (Richards; Merrill; Baksh, 2011; Cutts *et al.*, 2014; Clark *et al.*, 2019). Mediante o contexto de vulnerabilidade, "gestar" em situação de rua se configura como, no mínimo, risco intermediário.

Para a organização da rede de atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada, a situação de rua é um determinante social de risco. Ademais, outros problemas acabam se somando para tal classificação: vários fatores de risco intermediários combinados ou alto risco combinado com intermediários (como uso de drogas lícitas e ilícitas, baixa escolaridade, situação conjugal insegura, insuficiência familiar), necessitando maior vigilância e cuidado, implicando em intervenções intersetoriais de equipes especializadas (Brasil, 2019).

O fato de estar nas ruas, por vezes, dificulta a vinculação da gestante a um serviço de atenção básica que realize seu pré-natal, uma vez que tais serviços são territoriais, tomando como referência o endereço residencial do usuário, não havendo, em muitas cidades, a

possibilidade de atenção básica itinerante (Costa *et al.*, 2015). Dada a vulnerabilidade, invisibilidade e crescimento quantitativo de pessoas em situação de rua, a criação de estratégias para o acompanhamento de gestantes nessa condição configura-se como uma necessidade imperativa. Pois, o momento do ciclo gravídico-puerperal, em que essas pessoas procuram e recebem mais cuidados, torna-se uma janela de oportunidade para ações em saúde a curto e longo prazo, como uso de contraceptivos reversíveis de longa ação (LARCS), campanhas de conscientização, vacinação, rastreamento de neoplasias e criação de vínculos com a rede de atenção em saúde.

Além disso, as barreiras de acesso, impostas pelas próprias equipes de saúde, distanciam essas pessoas de receberem atendimento adequado, portanto, a capacitação de mais profissionais para o cuidado com essas gestantes é de suma importância para garantir a não violação de seus direitos.

Nesse contexto surge o “Projeto Manjedoura” que, em linhas gerais, é uma proposta de fluxograma para atendimentos e cuidados a gestantes em situação de rua, consistindo brevemente em: 1) realização de exames pré-natal e acesso à maternidade garantidos a gestantes em situação de rua; 2) realização do acolhimento, anamnese e exame físico completo; 3) entendimento da dinâmica de vida nas ruas pela equipe; 4) avaliação de risco da exposição a drogas; 5) rastreio de neoplasias de colo uterino (janela de oportunidade); 6) estratégia de redução de danos; 7) participação de Grupo de Extensão do projeto, planejando ações de natureza educativa; 8) entrega do resumo da formulação diagnóstica e terapêutica, anexado na caderneta pela equipe interdisciplinar pela qual passou a paciente (médico obstetra; médico da psiquiatria; enfermeiro; psicólogo, assistente social); 9) discussão com a paciente sobre o planejamento contraceptivo no puerpério, com oferta de contraceptivo intrauterino (DIU) (não havendo contra-indicações); 10) consulta puerperal (com ginecologista/obstetra) e primeira consulta de puericultura (com a equipe da pediatria).

Assim, o “Projeto Manjedoura”, consiste numa estratégia extensionista, docente-assistencial, que conta com a participação e colabo-

ração de um grupo de discentes e docentes da Universidade Federal da Bahia (UFBA), da UFRB e de profissionais vinculados à assistência (médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros), da Maternidade Climério de Oliveira e do Ambulatório Materno Infantil Professor Nelson Barros, com discussões também com representações dos movimentos de pessoas em situação de rua. Buscou-se construir e implantar um melhor fluxograma de atendimento e cuidados a gestantes em situação de rua na cidade de Salvador, Bahia. Este produto foi apresentado e discutido na 6ª Sessão Temática do PROFSAÚDE (Rocha, 2021) que tratou de populações em situação de rua com especialistas da área.

Com a formulação desse modelo de operacionalização no trabalho, atenção e acolhimento a essas pessoas, considera-se o Projeto Manjedoura como mais uma alternativa oferecida de cuidado. Desta forma espera-se que a criação de vínculo com rede de atenção em saúde seja fortalecida, que a qualidade e quantidade de ações e atendimentos promovam melhores resultados positivos quanto aos desfechos obstétricos e neonatais e, caso isso aconteça, que ocorra a ampliação para demais serviços, respeitando a lógica dos princípios do Sistema Único de Saúde.

### **Políticas públicas e gestação nas ruas**

A situação de rua como um fator de vulnerabilidade socioeconômica, exposição à violência e precariedade para as condições de saúde das mulheres é pouco fomentada pelas políticas existentes. Diante da análise das políticas públicas para mulheres, Leal et al. (2020) observaram que estas, quando existentes, possuem um olhar voltado principalmente para as necessidades de quem vive num contexto domiciliar. Ratificando que, embora existam iniciativas de políticas nas áreas de saúde e assistência social para o atendimento à mulher em situação de rua, ainda é um desafio dar visibilidade e reconhecer seus direitos básicos, até mesmo em políticas específicas para mulheres em situação de vulnerabilidade social (Leal et al., 2020).

Os estudos de Costa *et al.* (2015) apontam para a necessidade de constituição de políticas intersetoriais, voltadas para gestantes em situação de rua. Os autores não identificaram na rede de serviços assistenciais - pública e do terceiro setor - programas focados na questão da gestante em situação de rua. Ainda que, no Brasil, já existam histórias de famílias que vivem experiência intergeracional de situação de rua.

O ano de 2004 se constituiu como um momento histórico importante para a população em situação de rua, pois foi estabelecida a relação entre o governo federal e este subgrupo populacional (Brasil, 2009). Motivado pelo assassinato de sete indivíduos em situação de rua na cidade de São Paulo, ocorrido naquele ano, o então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, orientou ações destinadas a este público, coordenadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Foi aprovada, neste ano, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (Brasil, 2009), que previu um novo modelo de proteção social não contributiva, a fim de garantir a todos os brasileiros segurança de sobrevivência, de acolhida e de convívio. Destaca-se também: a Lei n.º 11.258, publicada em 2005 pelo Governo Federal, que altera o artigo 23 da Lei n.º 8.742/93, conhecida como Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), conferindo respaldo legal para a obrigatoriedade do atendimento da população em situação de rua, no âmbito do Serviço Único de Assistência Social (SUAS); a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), em outubro de 2006, cuja função foi elaborar estudos e propostas de ações públicas destinadas a estes cidadãos, interligando políticas de assistência social, saúde, educação, trabalho e renda, cultura, justiça, esportes e garantia de direitos humanos; a Instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, em 2009, através do Decreto n.º 7.053 (Brasil, 2009).

Os princípios desta Política são, além da igualdade e equidade: I - respeito à dignidade da pessoa humana; II - direito à convivência familiar e comunitária; III - valorização e respeito à vida e à cidadania; IV - atendimento humanizado e universalizado; e V- respeito às

condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Entende-se que a política nacional foi um marco importante no processo de visibilidade de pessoas em situação de rua, na tentativa de programar ações para suas reais particularidades (Brasil, 2009).

No que tange às políticas públicas que norteiam a rede de cuidado em saúde da mulher, é necessário resgatar que em 1984, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), documento que preconizou, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, garantir que todas as mulheres tenham acesso a informações e serviços de atenção integral em todos os ciclos de suas vidas, do mais simples ao mais complexo, e que contemplem prevenção e tratamento, bem como ações de planejamento reprodutivo (Brasil, 2004). Caminhando junto ao processo de construção do SUS, o PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (Osis, 1998).

Entretanto, apesar dos inúmeros avanços que surgiram em consequência dessas conquistas, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece, até hoje, um desafio. No intuito de diminuir as disparidades e a qualidade do acesso ao cuidado em saúde da mulher, principalmente no ciclo gravídico puerperal, surge a estratégia inovadora alcunhada de Rede Cegonha, que sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento, através da conexão de mulheres grávidas com unidades de referência e garantia de transporte seguro (Brasil, 2011).

Dentre os aspectos mais importantes que a estratégia da Rede Cegonha preconiza, pode-se destacar a captação precoce da gestante, o recebimento de resultados de exames em tempo oportuno, a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto e acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade. Além disso, um pré-natal qualificado é aquele que garante o encaminhamento e o acompanhamento para gestantes de alto risco em

um serviço especializado, "a atenção certa, no lugar certo, no tempo oportuno e com o custo certo, um pressuposto das redes de atenção à saúde" (Villaça, 2010).

Para que isso ocorra, a equipe de saúde deve informar à gestante qual maternidade ou hospital deverá buscar no momento do parto ou em caso de intercorrências, evitando assim, que ela, em seu momento mais aguardado, peregrine por vários serviços em busca de assistência ao parto. Além disso, a gestante tem direito de acesso a outros níveis de atenção vinculados à unidade básica em casos eletivos, como exames complementares, consultas especializadas e inserção em pré-natal de alto risco.

Assim, a criação dessas estratégias possibilitou que a saúde da mulher fosse vista com enfoque de gênero determinada pela atuação de fatores sociais, biológicos, econômicos, culturais e históricos, pois de acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos.

É válido dizer, contudo, que como o uso abusivo de substâncias psicoativas é frequente no grupo, alguns estudos mostram que esse fator por si só poderia ser uma variável confundidora relacionada aos desfechos desfavoráveis (Richards; Merrill; Baksh, 2011; Cutts *et al.*, 2014; Clark *et al.*, 2019). Mas, segundo Cutts *et al.* (2014) e Clark *et al.* (2019), pode-se observar que, mesmo com o ajuste do tabagismo, uso de álcool e outras drogas, os desfechos encontrados foram piores em filhos e mães em situação de rua.

Outro ponto importante é que a situação de vulnerabilidade em que esses indivíduos se encontram não deve ser motivo para relativização e flexibilização de seus direitos fundamentais, como a autonomia e a liberdade: a gestação em situação de rua deve ser sim um catalisador para um olhar mais atento e cuidadoso. Portanto, mesmo que as mulheres grávidas ou lactantes não queiram optar pela abstenção do uso de álcool e outras drogas, esse fato não pode induzir a equipe a uma diminuição dos cuidados de saúde, que devem ser pautados na estratégia de redução de danos (Brasil, 2016).

Assim, o indicado é seguir táticas para uma boa anamnese ou acolhimento, dentro de uma perspectiva ampliada pela lógica de redução de danos (Garcia, 2018; Niel; Silveira, 2008; Gomes; Dalla Vecchia, 2018). São estratégias de redução de danos consideradas: procurar o sentido da experiência com as drogas para o próprio usuário; situar a história do uso de drogas a partir da sua história de vida; analisar os afetos, as expectativas e os desejos dos profissionais pelo usuário; procurar conhecer as peculiaridades do usuário (essas estratégias singulares precisam ser consideradas no projeto terapêutico); procurar avaliar se há negação dos problemas relacionados ao uso de drogas; fortalecer os vínculos culturais e comunitários dos usuários, correspondendo a uma lógica de território e rede; potencializar os serviços de informação e aconselhamento; distribuir kits de redução de danos; realizar oficinas de capacitação, rodas de conversa e escuta terapêutica: são formas eficazes de trabalhar os aspectos sociais; possibilitar o acesso a cuidados de saúde e a serviços de assistência social (Garcia, 2018; Niel; Silveira, 2008; Gomes; Dalla Vecchia, 2018).

### **Fluxograma dos atendimentos na rede**

Ao longo da assistência pré-natal, identificar a complexidade clínica e sociofuncional no contexto da gestação, a estratificação de risco - como preconiza a Rede Cegonha - é essencial. Com essa ferramenta, podemos reconhecer precocemente fatores de risco relacionados às características individuais das gestantes, morbidade crônica e aguda, história reprodutiva, condições familiares e comunitárias, além de orientar as intervenções - no intuito de prevenção ou de cuidado - necessárias para proteger mulheres e crianças.

Assim surge o "Projeto Manjedoura" (Figura 1), inicialmente previsto para atendimento às gestantes da Unidade de Saúde da Família do Terreiro de Jesus, mas ampliando para toda a Rede de Assistência do município de Salvador, Bahia.

Para o Projeto Manjedoura, vivenciam-se as etapas desde a abordagem da gestante em situação de rua, o acompanhamento no

pré-natal, no parto e no puerpério (Quadros 1 e 2; Figura 2). Na Rede Assistencial, principalmente, as Equipes da Saúde da Família, do Consultório de Rua e demais estratégias estão envolvidas na abordagem a estas gestantes, integrando as atividades deste fluxograma.

Figura 1: Logomarca do Projeto Manjedoura.



Fonte: Elaborado pela equipe vinculada ao Projeto Manjedoura (2020).

Com esse modelo de operacionalização no trabalho, atenção e acolhimento a essa população, considera-se o Projeto Manjedoura como mais uma alternativa oferecida de cuidado. Espera-se que a criação de vínculo com a rede de atenção em saúde seja fortalecida, que a qualidade e quantidade de ações e atendimentos promovam resultados positivos quanto aos desfechos obstétricos e neonatais e caso isso aconteça, que ocorra a ampliação para demais serviços, respeitando a lógica dos princípios do SUS.

**Quadro 1:** Etapas do Projeto Manjedoura: abordagem da gestante em situação de rua e acompanhamento no pré-natal (2021).

Na Rede Assistencial:

1. Encaminhamento/Direcionamento de pessoas em situação de rua, durante o ciclo gravídico, para atendimento do Pré-Natal de Risco Habitual no Ambulatório Materno-Infantil Professor Nelson Barros, por marcação direta com o contato divulgado da recepção da instituição.
2. Poderão ser encaminhadas pessoas em situação de rua, gestantes, de toda cidade de Salvador, para este serviço.
3. Caso as equipes vinculadas já tenham identificado condições de alto risco gestacional, o encaminhamento pode se fazer diretamente do Distrito Sanitário para a Maternidade Climério de Oliveira (por e-mail institucional), conforme preconizado pela Rede Cegonha.
4. Neste caso, serão encaminhadas pacientes das equipes do território adscrito à Maternidade Climério de Oliveira.
5. Promover reuniões com o GT materno-infantil de pessoas em situação de rua para conhecimento deste fluxo assistencial, assim como o contato do Ambulatório para agendamento das consultas.

No pré-natal - Ambulatório Materno-Infantil Professor Nelson Barros (AMINB) e Maternidade Climério de Oliveira (MCO):

1. Realizar acolhimento, anamnese e exame físico completo (consulta com pré-natalista e assistente social).
2. Entendimento da dinâmica de vida nas ruas, na perspectiva do trabalho vivo em ato.
3. Avaliação de risco obstétrico (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019) - pacientes de risco intermediário mantêm realização das consultas de pré-natal no AMINB e pacientes de alto risco realizarão consultas de pré-natal na MCO.
4. No AMINB, as pacientes, ainda não avaliadas no que tange aos riscos gestacionais poderão ser aí atendidas e estratificadas.
5. Avaliação do risco da exposição de drogas (Questionário ASSIST-OMS) e de transtornos mentais comuns (Questionário SRQ-20).
6. Possibilitar rastreo de neoplasias de colo uterino (janela de oportunidade): Realização de preventivo ginecológico.
7. Encaminhamento de e-mail para MCO (para cadastro da paciente), com dados e informações clínicas da paciente.
8. Discussão do plano terapêutico com o usuário e as equipes das USFs e Consultórios de Rua, vinculadas à assistência dessa pessoa.
9. Discussão com a paciente sobre Planejamento Contraceptivo no Puerpério: avaliar escolha da paciente sobre métodos possíveis considerando o perfil clínico; oferecer DIU Cobre ou implante de Etonogestrel, se não houver contraindicação ao método.
10. Oferecer atendimento com equipe interdisciplinar na MCO: psicólogo, odontólogo, enfermeiro, psiquiatra e outros especialistas.
11. Realização de exames laboratoriais, exames de imagem e atendimento com subespecialidades na MCO.
12. Vinculação à Maternidade Climério de Oliveira para parto e atendimento às intercorrências durante o ciclo gravídico-puerperal.
13. Promover, periodicamente, através do grupo de extensão, ações educativas de duração breve, que versarão sobre temas importantes associados ao próprio ciclo gravídico-puerperal e ao compartilhamento de vivências e experiências entre equipes de saúde e usuários.
14. Distribuição de cartilhas ilustradas informativas pautadas em estratégias de redução de danos e conscientização acerca de métodos contraceptivos e de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).
15. Desenvolver projetos de pesquisa que possibilitem conhecer mais as peculiaridades e singularidades dessas pessoas, podendo otimizar o trabalho vivo em ato (MERHY et al., 2019), adequando-se às normas de segurança impostas pela condição pandêmica.

Fonte: Elaborado pela equipe vinculada ao Projeto Manjedoura (2020/2021).

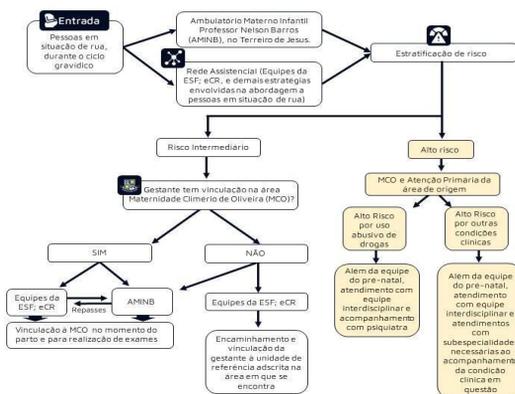
**Quadro 2: Etapas do Projeto Manjedoura: acompanhamento no parto e puerpério (2021).**

<p>No Parto – Maternidade Climério de Oliveira (MCO):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ao chegar ao termo, a paciente receberá "cartão PROPAGA", para que possa acessar à MCO no momento do trabalho de parto ou indicação de interrupção da gestação.</li> <li>2. Fazer resumo das condutas adotadas no Pré-Natal na Caderneta da Gestante por toda a equipe interdisciplinar que assistiu a paciente.</li> <li>3. Conferir intenção da paciente de inserção de DIU T de Cobre® ou Implanom®. Se for o desejo da pessoa, inserir nas primeiras 48 horas após o parto (janela de oportunidade). Caso contrário, avaliar outros métodos possíveis.</li> </ol>
<p>No Puerpério - AMINB e MCO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Após Alta hospitalar - encaminhamento através do Programa "Alta Segura" - agendamento de Consulta Puerperal na MCO.</li> <li>2. Início do acompanhamento de Puericultura (se desejado) da criança no AMINB com o Serviço da Pediatria.</li> <li>3. Retorno para Ambulatório de Planejamento Reprodutivo (USF Terreiro de Jesus) após 45 dias, se houve inserção de DIU de Cobre ou Implante de Etonogestrel (Nesta ocasião, é importante buscar um <i>feedback</i> da paciente sobre a qualidade e a facilidade de acesso dos cuidados recebidos durante todo processo e estimular que vínculo na atenção primária à saúde permaneça).</li> </ol>

Fonte: Elaborado pela equipe vinculada ao Projeto Manjedoura (2020/2021).

Observa-se que, ao se conferir escuta qualificada em um serviço de saúde a demandas de populações vulneráveis, pode-se potencializar o estabelecimento de uma linha de cuidado a um grupo social diariamente estigmatizado, hostilizado e invisível.

Figura 2: Fluxograma do Projeto Manjedoura.



Fonte: Elaborado pela equipe vinculada ao Projeto Manjedoura (2020/2021).

Neste contexto, as mulheres merecem atenção especial, devido ao seu protagonismo, ainda que fragilizadas, violentadas, dia a dia, e imersas numa sociedade sexista, machista e patriarcal.

Contudo, o Projeto Manjedoura apresenta algumas limitações passíveis de ajustes na prática. Apresenta-se interdisciplinar, porém, essa característica é mais visualizada dentro do campo da saúde, apesar do grupo de trabalho estar aberto à inserção de outras áreas. O fluxograma traz um cuidado ampliado, sobretudo em torno da avaliação de risco gestacional, que pode retornar para a lógica de um cuidado apenas biomédico. O discurso biomédico sobre o risco, ao privilegiar a perspectiva biológica, desloca as soluções dos problemas vivenciados por essas mulheres e seus bebês de estratégias coletivas, como políticas de redução das desigualdades (gênero, raça, pobreza, habitação, alimentação etc.), para estratégias individualizantes como abstinência, procedimentos médicos, exames laboratoriais e suspensão do poder familiar (Santos; Baptista; Constantino, 2021).

É preciso articular melhor com a assistência social e com orientações jurídicas, já que, como salientado por Santos, Baptista e Constantino (2021), as experiências de mulheres gestantes em situação de rua colocam, na arena do debate público, tensões entre garantias individuais e limites às ações do Estado. Por exemplo, há de se destacar que várias gestantes em situação de rua sofrem intervenção jurídica que levam à perda da guarda do filho; outras têm os seus filhos que "desaparecem" ainda nas maternidades e são encaminhados para a adoção, pela Justiça, à revelia das mães. Esse modo de operar não produz e não incentiva que as mulheres busquem os serviços sociais e de saúde, mas o contrário (Santos; Baptista; Constantino, 2021). Afinal, muitas mulheres, ao descobrirem que estão grávidas se escondem e não fazem o pré-natal, tendo como razão principalmente o medo de perderem a guarda do filho - que constituem um fator motivacional para elas saírem das ruas e planejarem um futuro com eles e, raras vezes, ao lado de seus companheiros (Costa *et al.*, 2015).

Torna-se, assim, um imperativo ético e humanitário pensar outros modos de cuidar, ancorados na perspectiva dos direitos humanos,

para que a assistência ao feto/criança não se traduza em violência às mulheres (Santos; Baptista; Constantino, 2021) e o funcionamento deste fluxograma pode contribuir neste processo de atendimentos e cuidados para além da natureza biomédica dos processos.

Mas, se o fluxograma é entregue e apresentado ao serviço, não se sabe se a Unidade que irá trabalhá-lo fará a sustentação cotidiana do mesmo. Baseando-se em Merhy (2002), poderá haver uma contaminação das tecnologias leves e duras, tornando as tecnologias duras mais leves pelo olhar humanizado, mas que podem endurecer as leves. Assim, é preciso que se destaquem e que sejam programados momentos de discussões entre os profissionais dos setores envolvidos, sensibilizando-os para o acolhimento particularizado das pessoas em situação de rua, trazendo um olhar sobre os territórios envolvidos. Trabalhando-se na organização de um fluxo de atendimento, a partir de um olhar mais sensível para estas mulheres, independente de quem esteja na oferta do serviço.

Reconhece-se que há riscos na maternidade de mulheres em situação rua mas, espera-se que, na operacionalidade deste fluxograma, o pré-natal pode ser colocado como uma tecnologia de cuidado capaz de reduzir riscos, numa aposta na organização de um cuidado intersetorial, territorializado, humanizado, operado por tecnologias leves e leve-dura (Santos; Baptista; Constantino, 2021).

Ampliar e multiplicar esta visão, na equipe e na Rede Assistencial como um todo, são desafios propostos e inseridos nos próximos passos que serão dados, nos caminhos que serão traçados desde o encontro das pesquisadoras com o objeto de estudo inicial: pessoas em situação de rua (Rocha; Soares; Amor, 2020). Entendem-se as barreiras, as dificuldades, mas registra-se que, através deste Projeto, alguns discentes já demonstram a vontade de participar do mesmo, evidenciando a potência da proposta neste ambiente.

Sabe-se que apenas promover a capacitação com os profissionais envolvidos nos setores do fluxograma não significará sensibilizá-los. A permissão dos afetos poderá acontecer ao passo que os atores dos serviços tenham a oportunidade do encontro com essas

peçoas, atentando-se para suas trajetórias, vivências e outras experiências. Assim, é preciso reorganizar, reconfigurar o fluxograma para estas questões.

Dentre tantas histórias compartilhadas das gestantes em situação de rua, destaca-se a de uma mulher que chegou no projeto e “desterritorializou” todo o serviço, mobilizando as equipes e seus movimentos. E os profissionais, como consequência, compartilharam um plano de trabalho diferente e enriquecedor. Exemplo claro disso, ainda foi um momento em que a pesquisadora médica foi contatada para dialogar com esta usuária sobre o momento de sua alta hospitalar, após ter estado hospitalizada para o parto. A equipe assistencial entendia que ela precisava se manter internada por necessidade de encaminhamento da mesma para um outro serviço que resolvesse uma demanda ortopédica, o que ainda aconteceria em alguns dias; e ela, sentindo-se bem, não aceitava se manter internada. E a equipe falava: “sua paciente está aqui gritando, dizendo que não vai ficar”. Quando a pesquisadora teve, então, a oportunidade de conversar com a mesma, e ela falava sobre o desconforto por estar na instituição “presa” (como a própria referiu). Pactuou-se, então, sobre a possibilidade dela receber alta hospitalar e de retornar ao hospital na véspera de seu direcionamento à outra unidade. Foi conversado sobre a redução da exposição a alguns tipos de substâncias psicoativas que poderiam comprometer o processo (ao menos naquele momento) e sobre a importância de usar as medicações regulares. E, mais uma vez, refletiu-se a potência de vida que estava ali extrapolando o dever-fazer, solicitando um investimento em dimensões que não estavam no alcance do saber técnico disciplinar, mas que, por muito tempo, centralizou decisões e condutas médicas de muitos daquela equipe em particular. Naquele encontro, a potência que mobilizou o diálogo não estava assentado no saber técnico, mas na intersecção do trabalho vivo em ato (Merhy et al., 2019), capturado pela usuária, que emprenhava a cena, através de sua presença e de sua vitalidade, a importância de se construir o desfecho de seu próprio cuidado (Merhy, 2002).

Como possibilitar que este fluxograma, que poderá ser trabalhado de diversas formas pelos atores envolvidos, atente-se para dimensões mais propriamente subjetivas e, em especial de direitos humanos, de algum modo incorporando-as? Há uma proposta de subdivisão dos fluxos, gerando vários outros de atendimentos particularizados, na tentativa de responder a esta e a outras questões e limitações.

Sabe-se da necessidade da ampliação da assistência e seguridade social vinculado ao fluxograma, contudo, era necessário iniciá-lo de alguma forma, dando um passo institucional que fosse possível uma outra (e melhor) porta de acesso das gestantes em situação de rua, conferindo a estas os serviços de saúde a elas inerentes. Entendem-se as limitações do projeto e a necessidade de ampliá-lo, inclusive, para toda a Rede de Assistência as gestantes em situação de vulnerabilidade social, especial, em situação de rua da cidade de Salvador. Mas, pode-se dizer que este projeto é um “pontapé” inicial, no sentido de suscitar e reforçar a necessidade de discutir este tipo de assistência/atendimento, se configurando como mais uma porta para este atendimento, entendendo que ele precisa ser ampliado.

## Referências

BARROS, K. C. C. *et al.* Healthcare experiences of homeless pregnant women. *Rev Rene*, v. 21, p. e43686, 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011:** institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS- a Rede Cegonha. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na aten-**

**ção ambulatorial especializada - Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº 1, de 15/12/2016. Subitem 4.6, no item 4, do Capítulo III do documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial da União:** ed. 243, seção 1, Brasília, DF, p. 61. 2016. CLARK, R. E. et al. Homelessness Contributes To Pregnancy Complications. **Health Aff (Millwood)**, v. 38, n. 1, p. 139-146, 2019.

COSTA, S. L. et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015.

CUTTS, D. B. et al. Homelessness During Pregnancy: a unique, time-dependent risk factor of birth outcomes. **Maternal And Child Health Journal**, [s.l.], v. 19, n. 6, p. 1276-1283, 18 nov. 2014.

GARCIA, L. S. L. Redução de danos: conceitos e práticas. **Univesp**, v. 12, n. 1, p. 45-51, 2018.

GEBREYESUS, H. et al. Experiences of homeless women on maternity health service utilization and associated challenge in Aksum town, Northern Ethiopia. **BMC Health Serv Res**, v. 19, n. 1, p. 359, 2019.

GOMES, T. B.; DALLA VECCHIA, M. Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: A review of the literature. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez. 2019.

MERHY E. E. **Saúde**: Cartografia do Trabalho Vivo em Ato. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e Redução de Danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD). Ministério da Saúde, 2008. p. 96.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. supl 1, p. S25-S32, 1998.

RICHARDS, R.; MERRILL, R. M.; BAKSH, L. Health Behaviors and Infant Health Outcomes in Homeless Pregnant Women in The United States. **Pediatrics**, [s.l.], v. 128. n. 3, p. 438-446, 2011.

ROCHA, M. N. S. Projeto manjedoura: fluxograma de atendimento e cuidados a gestantes em situação de rua. In: SESSÃO TEMÁTICA DO PROFSAÚDE, 6, 2021, YouTube. **Anais eletrônicos...** Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bU1OZD3Yfu4&t=7756s>. Acesso em: 06 jul. 2021.

ROCHA, M. N. S.; SOARES, M. D.; AMOR, A. L. M. Eu, cartógrafa! Cartografando no pelourinho. In: PINHO, P. H.; CORTES, H. M.; RABELO, D. F.; AMOR, A. L. M (org.). **Saúde da família em terras baianas**. Coleção Pesquisas e Inovações Tecnológicas na Pós-Graduação da UFRB. v. 7. Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2020. p. 111-123.

SANTOS, G. C.; BAPTISTA, T. W. F.; CONSTANTINO, P. "De quem é esse bebê?": desafios para o direito à maternidade de mulheres em situação de rua. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, 2021.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para Organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019.

VILLAÇA, E. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, [s.l.], v. 15, 2010.



## Desafios da parteira tradicional: o registro de nascimento

*Caroline Costa Bourbon  
Micheli Dantas Soares  
Luciana Alaíde Alves Santana*

“Luana e José por muito tempo tentaram engravidar, quando conseguiram buscaram a assistência de pré-natal do posto próximo à sua casa. Tudo seguia bem, se vincularam a uma enfermeira chamada Joana, fizeram todos os exames necessários e passaram, então, a pensar no parto. José é neto de parteira e sempre escutava de sua avó as histórias de nascimento das crianças. Sentia que seu filho também deveria nascer em casa. Luana ficou animada com a ideia e, assim, começaram a buscar parteiras na região onde moravam. Encontram a parteira Guilhermina que aceitou sua missão e passou a acompanhar o casal, sempre orientando cuidados e avaliando o desenvolvimento do bebê. O caminho da gestação foi suave, assim como o parto, que ocorreu de forma tranquila, segura, saudável e em casa.

No dia seguinte ao nascimento do bebê, José foi ao cartório com duas testemunhas, conforme orientação de Guilhermina. Lá, José foi surpreendido pelo tabelião que questionou onde estava a Declaração de Nascido Vivo (DNV). José era pai de primeira viagem, muitas coisas ainda escapavam à sua recente condição de cuidador de um ser tão pequeno. Sua insegurança nesse aspecto era evidente, mas quanto ao direito de registro de seu filho, isto ele não tinha dúvidas, foi bem orientado. Explicou ao funcionário do cartório que o nascimento foi assistido pela parteira do território e não tinha acesso a DNV, mas de acordo com a Lei 12.662/2012, era possível apresentar as testemunhas para viabilizar o registro de nascimento do bebê. O tabelião, como lhe era de direito, solicitou comprovações que atestariam a veracidade daquela informação, como documentos do pré-natal, ates-

tado médico, dentre outros. Também orientou, como opção, que eles buscassem a secretaria municipal de saúde ou o posto de saúde para adquirir a DNV.

José então voltou na unidade de saúde para falar com sua enfermeira, mas Joana não sabia o que fazer. Nunca havia passado por isso antes. Assim, resolveu ligar para a Secretaria de Saúde do seu município e, neste momento, foi informada que poderia preencher a DVN do bebê, por ter acompanhado todo o pré-natal e estar ciente da assistência da parteira neste nascimento. Joana convidou D. Guilhermina para que juntas pudessem completar o documento, tendo Joana como relatora. O registro de nascimento do bebê foi garantido, assim como os dados reais sobre a assistência realizada por D. Guilhermina”.

Essa narrativa, baseada em uma história real, apresenta algumas potenciais barreiras encontradas por Luana e José para garantir o registro de nascimento do seu filho. Esse percurso por diversas instituições deveu-se, nesse caso, ao parto ter sido assistido por uma parteira tradicional, o que nos faz refletir sobre processos que expressam tentativas de apagamento da prática das parteiras tradicionais no cenário da assistência ao parto no Brasil.

Para melhor percepção sobre essa temática é preciso compreender quem são as parteiras tradicionais, sua atuação, a importância no acompanhamento das famílias e representação de seus territórios. Além disso, torna-se também necessário perceber, com a transição dos nascimentos para o ambiente hospitalar no decorrer da história, como se apresentam os intentos de invisibilização desse ofício milenar.

Neste capítulo buscamos apresentar os desafios vivenciados pelas parteiras que assistem famílias para garantir o registro civil de suas crianças, ao lado dos caminhos que podem ser acionados para que parteiras tradicionais, profissionais do cartório de registro civil e profissionais de Unidades de Saúde da Família garantam o registro de nascimento das crianças nascidas por parteiras, de forma a contribuir para a diminuição da subnotificação dessas informações.

## Parteiras tradicionais

O mistério que carrega a vida foi por muito tempo atribuído às mulheres que, a partir da observação, ajudavam umas às outras no momento do parto. Em cada povoado, uma ou mais mulheres tinham a responsabilidade de acompanhar e cuidar da grávida na chegada dos seus bebês, ofertando o que a natureza oferecia para curas. Suas experiências são repassadas às mais jovens, geralmente da mesma linhagem, que herdam o ofício e a missão de passar os conhecimentos para suas descendentes. Essa guardiã dos saberes da natureza e da vida é a parteira.

Em tempos recentes da história da humanidade, mais especificamente no período da colonização, iniciou-se um processo de apropriação dos conhecimentos do partejar, que foi afastando o evento do parto de seu lugar fisiológico, feminino e familiar, deslocando-o para os hospitais. Com o advento da medicalização e institucionalização dos partos, houve muitas críticas e perseguições da atuação das parteiras, descaracterizando sua forma de cuidar. Apesar disso, o conhecimento do partejar, como saber tradicional, seguiu e segue (re) existindo através da sua propagação como sempre aconteceu: sendo passado oralmente de uma parteira experiente à outra que inicia sua jornada.

As parteiras tradicionais são responsáveis por milhares de nascimentos no Brasil. Para a compreensão profunda e íntima de quem são e como atuam as parteiras tradicionais são necessários vários encontros. Os aprendizados que vem a partir das tradições orais encontram-se nas mulheres que compreendem esse ofício enquanto um dom divino, onde sua missão é cuidar das crianças que chegam ao mundo. Para isso, o cuidado é feito às mulheres e sua família de forma integral através das medicinas trazidas pela natureza.

O entendimento da oralidade como método de transmissão dos conhecimentos adquiridos é a primeira das várias atribuições que fazem parte do seu cotidiano. A partir da contação do acúmulo das experiências e compreensões vividas, torna-se possível localizar a pes-

soa que ensina, dentro do grupo social ou comunidade, sendo parte das racionalidades de saberes tradicionais. Segundo Sisto (2012, p. 8):

de modo geral, as histórias orais revelam a expressão cultural daquele povo; a sobrevivência das tradições desaparecidas, a sabedoria antiga (há quem chame isso de folclore); o reflexo da sociedade tradicional (e da contemporânea também), sua maneira de ensinar e transmitir valores ao grupo (etnologia); maneiras de expressar os problemas psicológicos (a possibilidade de uma leitura psicanalítica).

Assim, é possível perceber que uma parteira que conta suas histórias de vida para ensinar aprendizes, tem como fruto a propagação dessa forma de existir e, assim, permanecer culturalmente viva.

Outra apreciação designada às parteiras é a sua origem, que vai se revelando a partir de seu dom, da compreensão que essa é sua missão e tem sua atuação validada por seu conhecimento e prática dentro de sua comunidade (Cardoso; Nascimento, 2017). Essa missão é desenvolvida a partir dos encontros com uma parteira que a antecede e, somente depois de suas experiências, passa a ser também uma parteira referência no território onde vive.

De acordo com a antropóloga Robbie Davis-Floyd (2000), os modelos da assistência ao parto podem ser divididos em três paradigmas. O primeiro, citado pela autora, é o modelo tecnocrático. Caracteriza-o afirmando que o corpo é visto como uma máquina e o parto precisa de intervenção rápida e eficiente do profissional habilitado. Sendo o corpo um objeto desconectado da mente e espírito, para os profissionais deste modelo não existe demanda de cuidado da pessoa de forma integral, desresponsabilizando-os dos afetos próprios do momento do nascimento.

O modelo que segue é denominado humanizado. Tal modelo busca reparar as iatrogenias causadas pelo modelo tecnocrático. Davis-Floyd (2000) traduz esse paradigma referindo a conexão do corpo da mulher com sua mente, sendo assim, as curas e cuidados consideram os aspectos emocionais que influenciam no trabalho de parto.

Verifica-se uma aproximação da atuação da parteira com o terceiro modelo apresentado pela autora, denominado holístico. Isso demonstra que o cuidado ofertado pelas parteiras dão significado e não apresenta fragmentações entre essa tridimensionalidade. Não é apenas na atuação direta ou física com a gestante que o cuidado acontece. Cuidar para garantir que o espaço dessa mulher esteja confortável, compreender sua rede de apoio e relação familiar, saber as rezas e preparar as medicinas naturais para que a gestante se beneficie, no momento de gestar e parir, são atribuições da parteira. Todos eles possuem o mesmo valor e importância.

As relações com os eventos da natureza são guias, como no caso da movimentação lunar para avaliar o tempo e forma de parir e as relações com os produtos da terra enquanto medicinas. O acompanhamento percorre todas as fases (gestação, parto, resguardo). "Na arte de partejar, e na produção do cuidado em geral, por elas exercida, é marcante a presença de rituais com forte conexão com a medicina natural, com uso de insumos provenientes da floresta" (Santos *et al.*, 2018, p. 2).

Em tempos recentes da história da humanidade, mais especificamente no período da colonização, iniciou-se um processo de apropriação dos conhecimentos do partejar, que foi afastando o evento do parto de seu lugar fisiológico, feminino e familiar, deslocando-o para os hospitais. Apesar disso, o conhecimento do partejar, como saber tradicional, seguiu e segue (re)existindo através da sua propagação como sempre aconteceu: sendo passado oralmente de uma parteira experiente à outra que inicia sua jornada.

No Brasil, a atuação das parteiras tradicionais, apesar de não fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS), gera impacto significativo na quantidade e qualidade do acompanhamento das grávidas e do nascimento das crianças. É importante intencionar o olhar a essas mulheres e seus ofícios, não para criar mecanismos de institucionalização das práticas, mas para reconhecê-las enquanto oferta de cuidado possível e diferenciada do modelo médico-hospitalar preponderante no país.

## Há um processo de apagamento

Contudo, por não ser um ofício reconhecido como atenção à saúde das mulheres e crianças dentro do sistema de saúde, é frequentemente invisibilizado, gerando subnotificações nos dados oficiais. Este fato pode acarretar impactos nos indicadores de saúde materno-infantil, dificultando a construção de análises mais precisas entre as diferentes formas de assistência ao parto.

Sobre a invisibilização das parteiras, com a trajetória até a institucionalização dos partos que iniciaram no Brasil em tempos coloniais, podemos dizer que a atuação das parteiras passou, gradualmente, a ser discriminada. Menezes *et al.* (2012) salientam que o discurso higienista, iniciado na primeira metade do século XX, tornou-se, hoje, senso comum nos grandes centros urbanos, marginalizando a assistência por parteiras tradicionais.

Os acessos às sinalizações que trazem a compreensão de invisibilização das parteiras tradicionais são diversos. A tentativa de apagamento de suas práticas se apresenta nos discursos higienistas do século passado, na subnotificação dos partos atendidos por parteiras, na ausência de políticas públicas da saúde que incluam sua atuação como legítimas, apesar da mobilização de muitos ativistas. Santos *et al.* (2018) referem a existência da parteira como pertencente a uma rede de cuidado paralela ao constituído pelas instituições oficiais da saúde, a quem denominam "Rede Parteiras", através das experiências de pesquisa na região Norte do país.

No contexto dos grandes centros urbanos, manifestações de invisibilização podem ser representadas pela dificuldade de garantir, às crianças nascidas por parteiras, o seu registro de nascimento (garantido pela Lei 6015/73). Em Salvador (BA), a secretaria de saúde garante, através de cadastramento prévio, o acesso e preenchimento das parteiras à DNV. Percebe-se que essa informação ainda não é difundida nas instituições de registro, nem nas unidades de saúde da família onde as gestantes têm o acompanhamento pré-natal garantido pelo sistema. Somado a isso, como a organização dos registros

de nascimento se configura inicialmente em nível municipal, em cada cidade são necessários novos contatos, diálogos e solicitações para os registros das crianças acontecerem.

Um estudo do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) destaca que, mesmo que haja algum dado que contabilize, não é possível fazer uma estimativa real 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 demonstraram 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) demonstram que só existiam 4 registros vinculados ao código 5151-15 do código brasileiro de ocupações- CBO em maio de 2019, associados a uma maternidade. Esse código está atribuído tanto a parteiras tradicionais, como a assistentes de parto e parteiras práticas, sendo esses dois últimos voltados a atividades hospitalares.

Em Salvador, capital da Bahia, o número registrado e disponibilizado pelo município 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 dessa cidade, parteiras contratadas para assistência ao parto (CNES, 2019).

Do ponto de vista estadual e nacional, o CNES disponibiliza dados apenas sobre o local de nascimento e não sobre quem assistiu o parto, embora essa informação deva ser preenchida na DNV (item nº40 desse documento). A falta desses dados torna inviável a possibilidade de contabilizar, avaliar e refletir com evidências sobre o tema aqui apresentado. Apesar de existirem programas, descritos a seguir,

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.

### **Registro de nascimento**

Este capítulo busca colaborar na visibilização do ofício das parteiras tradicionais, para tanto, pretende-se apresentar os pressupostos que orientaram a elaboração de uma cartilha (“Criança que nasce de parteira também tem direito ao registro”) que foi o produto técnico do trabalho de conclusão de curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB, intitulado Histórias de parteira e médica: uma autoetnografia sobre a (in)visibilização das parteiras tradicionais. A elaboração da cartilha advém da experiência da primeira autora, em suas andanças enquanto parteira, de perceber barreiras relacionadas ao registro de nascimento da sua própria filha- e posteriormente dos partos assistidos por ela- por desconhecimento dos profissionais de saúde e dos cartórios do seu município. A referida autora ainda relata a dificuldade do acesso das parteiras à DNV e incoerência no preenchimento dos dados neste documento do ponto de vista dos profissionais de saúde, que não declararam um parto que havia sido assistido por uma parteira.

A partir da pesquisa ocorrida no percurso do mestrado, com a demonstração das invisibilizações com base no registro dos nascimentos, não foi identificado, por exemplo, material que apresentasse às parteiras e profissionais de saúde, de forma explícita e simplificada, a importância do registro correto da DNV, como realizá-lo para garantir os indicadores de saúde e possíveis intervenções e políticas públicas derivadas deste processo.

Diante do apresentado, a proposição da cartilha se baseia em orientações a esses três grupos: parteiras, profissionais de saúde que ofertam atenção pré-natal e profissionais dos cartórios. Essas orientações são fundamentadas na Lei n.º 12.662 de 05 de junho de 2012,

que assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DNV, regula sua expedição e altera a Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (Lei dos Registros Públicos, incluindo a certidão de nascimento).

### **Caminhos para as parteiras**

Saber informações sobre a lei que rege os registros no Brasil é uma forma de auxiliar e facilitar, à família assistida, a garantia de acesso ao direito de todas as pessoas nascidas: o registro de nascimento. Além disso, desconstruir possíveis barreiras contribui para a naturalização e afirmação da existência da assistência das parteiras por parte das instituições.

A cartilha orienta as parteiras sobre o direito das crianças pelo seu registro de nascimento, independentemente do local de nascimento e da pessoa que assistiu o parto. Sendo assim, todos os cartórios devem cumprir com o que determina a lei que regulamenta o registro de nascimentos no Brasil. A DNV, por estar sob responsabilidade das instituições de saúde, pode não ser disponibilizada em alguns cartórios. Caso isso aconteça, é possível ter o registro fornecido, desde que se compareçam um dos pais com ao menos duas testemunhas da gestação e nascimento, maiores de idade, munidos dos documentos pessoais. A parteira pode ser uma dessas testemunhas.

É importante que as parteiras também conheçam a DNV e as informações exigidas para preenchimento do mesmo. Assim, estão aptas a informar ao profissional do cartório e esse ser o responsável por completar o documento. A cartilha propõe apresentar o modelo de DNV baseando-se no Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, criado pelo Ministério da Saúde em 2011, mostrando as diferenças de preenchimento entre o nascimento que acontece no hospital e em domicílio.

Destaca-se, aqui, a importância do item nº40 da declaração onde se lê "nascimento assistido por". Esse ponto informa a profissão/ofício da pessoa que assistiu o nascimento. Preenchê-lo de forma correta (na opção 3, no caso das parteiras) possibilita ao sistema

de informações da saúde dispor informações sobre o quantitativo de nascimentos e sua distribuição pelo país de forma mais fidedigna.

Outra informação, importante para as parteiras tradicionais, é a possibilidade de acesso à DNV via profissional de saúde, quando a mulher gestante tem seu pré-natal realizado nas unidades de saúde. Essa informação já é apresentada às mulheres através da Caderneta da Gestante (Brasil, 2018), material contendo informações relevantes para gestação, parto e pós-parto, além do registro das avaliações das consultas e exames complementares. Essa caderneta afirma na página 38, assim como na Lei, que as unidades de saúde podem solicitar às suas secretarias a DNV, destinando-a às famílias assistidas que a necessitem.

### **Caminhos para os cartórios**

Segundo a Lei 12.662/2012, a DNV passa a ser fornecida a todos os nascimentos no intuito de diminuir a subnotificação dos registros de nascimento pelo país. Porém, a declaração não substitui a certidão. Essa lei regula os registros que são de responsabilidade dos cartórios e, sendo assim, de conhecimento amplo por parte dos profissionais dos serviços de registro.

Nos centros urbanos, onde a atuação das parteiras é marginalizada de forma mais evidente, os partos assistidos por parteiras tradicionais acontecem de forma pouco frequente ou, a depender do local, até inexistente. Mesmo sob regência da lei que orienta o registro, a pouca experiência nessa situação pode gerar incertezas sobre os caminhos e sobre a apresentação de comprovações que possam ser necessárias para a elaboração da Certidão de Nascimento.

Sendo assim, para esse grupo de profissionais, a cartilha orienta as possibilidades de registro via secretarias municipais (instituições responsáveis pela DNV em cada município) ou a partir da declaração de testemunhas. Na primeira situação, o cartório poderá orientar as famílias ao acesso à declaração pelas unidades de saúde ou a partir do fluxo organizado pela gestão de saúde local. Pela lei, a gestão mu-

nicipal ou estadual também poderá demandar aos oficiais de registro civil o preenchimento e emissão da DNV. As informações para tal virá do declarante do nascimento, ou seja, das testemunhas que presenciaram o nascimento e/ou parto.

A proposta de orientação também rememora aos profissionais do cartório a possibilidade de visita ao local e solicitação de documentos. O registro sobre o acompanhamento pré-natal, confirmações da gestação, declaração da parteira, documentação das testemunhas são algumas possibilidades que podem lançar mão para garantir a veracidade do evento e gerar o acesso à certidão sem atrasos.

### Caminhos para as unidades de saúde

As Unidades de Saúde da Família (USF) fazem parte da atenção básica do SUS, sendo porta de entrada e responsáveis pelo cuidado das pessoas dentro das redes de atenção à saúde. Na rede de atenção à saúde materno infantil, estruturada como Rede Cegonha desde 2011, as USF são responsáveis pelo acompanhamento pré-natal e assistência à mulher no puerpério, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança após seu nascimento. O momento do parto, dentro dessa rede, está estruturado dentro das casas de parto, maternidades e hospitais.

O ambiente domiciliar, como um possível local de nascimento, não faz parte dos protocolos assistenciais do sistema de saúde brasileiro e, por isso, não traz orientações sobre o tema na maioria das instituições formativas em saúde. Há, então, uma carência de conhecimento sobre a realidade dos nascimentos em domicílios, incluindo ou principalmente assistidos por parteiras tradicionais. Essa situação distancia médicas(os) e enfermeiras(os) das equipes da atenção básica da compreensão de seus papéis como possíveis responsáveis por fornecer o documento que atesta o nascimento e existência da criança para o Sistema.

Dentre as orientações fornecidas a esse grupo de profissionais, a proposta da cartilha convida a uma aproximação mais profunda da

diversidade de se fazer saúde no território adscrito das USF. Se uma criança nasce em casa, sob os cuidados de uma parteira tradicional, é possível facilitar o acesso à DNV às mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal na USF.

Durante o pré-natal já é possível reforçar as orientações contidas na própria Caderneta da Gestante, documento fornecido às mulheres em acompanhamento pré-natal no SUS fornecido pelo Ministério da Saúde. Dentre as diversas orientações à mulher, está incluída a importância da certidão de nascimento, trazendo pontuações importantes e significativas na página 38. É salutar que os profissionais também se apropriem, pois traz o respaldo do fornecimento da DNV pela equipe da atenção básica, caso o bebê nasça em casa.

Além disso, no informativo aos profissionais de saúde, propõe-se o respeito e apoio à atividade das parteiras, dialogando com o cuidado prestado por elas para preencher de forma correta a declaração. Para isso, destaca-se a importância de preencher corretamente o item 40 na opção 3, onde lê-se “parto assistido por parteira”. Assim como orientado aos profissionais dos cartórios, a informação verídica pode nos fornecer dados que apresentem a realidade da atividade das parteiras no país.

Na história que ilustra o início deste capítulo, observa-se que a parteira e o profissional do cartório tinham conhecimento dos caminhos possíveis para o registro do filho de Luana e José. Porém essa não é necessariamente uma realidade nos diversos municípios do Brasil.

Barreiras de acesso ao registro de nascimento, dentro do período instituído por lei, simboliza um dos diversos movimentos que deslocam a atuação das parteiras tradicionais a um lugar pouco relevante dentro da assistência ao parto e nascimento em nosso país. Apesar da tentativa de invisibilização, as parteiras seguem atuantes, sendo importante representantes das tradições ancestrais que seguem vivas, mostrando a diversidade de racionalidades de cuidado existente.

Facilitar o acesso das famílias que são assistidas por parteiras ao registro de nascimento - seja pelas unidades de saúde que acompanham o pré-natal ou nos próprios cartórios - pode contribuir na restituição da prática das parteiras enquanto algo natural e legítimo,

como sempre aconteceu na história da humanidade. A partir do registro correto é possível ter o quantitativo real nos nascimentos assistidos pelas parteiras e quantas ainda seguem atuantes. Assim, podemos ter confirmações dessa prática e seu impacto na assistência ao parto no Brasil.

Espera-se, com essa cartilha, ampliar a geração de dados que reconheçam a atuação das parteiras tradicionais e que elas sejam respeitadas pela herança cultural que carregam, guardam e ofertam às suas comunidades. Não a partir de um processo de institucionalização de suas práticas, mas através da consciência da diversidade de práticas de cuidados dos povos tradicionais e originários que seguirão (re)existindo.

## Referências

BRASIL. **Lei nº 12.662 de 05 de junho de 2012**. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12662.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12662.htm). Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília, DF: 2018. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Brasília, DF: 2017. Disponível em [https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/08/inst\\_dn.pdf](https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/08/inst_dn.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

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**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos **Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1973. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6015consolidado.htm#art58](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6015consolidado.htm#art58). Acesso em: 09 ago. 2023.

CARDOSO, M.; NASCIMENTO, R. The *dom* for the craft and the gift from god: 2017 ethnographic explorations among the traditional mid-wives of Santana. **Vibrant, Virtual Brazilian Anthropology**, Brasília, v. 14, n. 2, 2017.

CNES. Secretaria Municipal de Saúde. **Nascidos vivos a partir de 2000**. Salvador, 2019.

MENEZES, P. F. A. *et al.* A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 3-43, dez. 2012.

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. *In: Cuba Salud 2018*. Havana: Convención Internacional de Salud Pública, 2018.

SISTO, C. O conto popular africano: a oralidade que atravessa o tempo, atravessa o mundo, atravessa o homem. **Tabuleiro de Letras, Revista de Pós-Graduação em Estudo de Linguagens**, v. 3, n. 1, 2012. Disponível em: [http://www.tabuleirodeletras.uneb.br/secun/numero\\_especial/pdf/artigo\\_nespecial\\_01.ppd](http://www.tabuleirodeletras.uneb.br/secun/numero_especial/pdf/artigo_nespecial_01.ppd). Acesso em: 10 jun. 2021.

# Cuidado ao recém-nascido prematuro na ABS

*Evandro de Oliveira Magalhães Filho  
Micheli Dantas Soares  
Luciana Alaíde Alves Santana*

O Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) ou prematuro são aqueles que nascem com menos de 37 semanas de gestação (Brasil, 2016; Who, 2019). Possui uma imaturidade fisiológica e funcional que, em alguns bebês, impede de manter o que é necessário para sua sobrevivência como: manter a temperatura corporal, nutrição (deglutição) e as funções cardiorrespiratórias de forma estáveis. Esse grau de autonomia funcional vai depender da classificação do recém-nascido (RN) prematuro<sup>2</sup> (Brasil, 2015; 2016). As possíveis complicações clínicas no período neonatal (compreende os primeiros 27 dias pós-parto) e de patologias relacionadas poderão acompanhá-lo durante toda a vida (Brasil, 2015; Pinheiro *et al.*, 2016).

Devido à menor permanência intrauterina, o prematuro quase sempre nasce com baixo peso (peso ao nascer inferior a 2.500 gramas). Esse é um dos fatores mais importantes na determinação da mortalidade neonatal na prematuridade. O baixo peso também pode estar relacionado ao retardo do crescimento intrauterino e às condições sociais maternas desfavoráveis (Brasil, 2016; Dantas *et al.*, 2018; Lopes; Mendes, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a prematuridade um problema mundial de saúde pública, principalmente, por sua relação com a mortalidade neonatal (Oliveira *et al.*, 2016). A maior fração dos óbitos com RN ocorre nos primeiros dias de vida do bebê, por causas consideradas evitáveis, como: asfixia ao nascer, infecção e complicações relacionadas à prematuridade (Brasil, 2014a). Devido à relevância desses fatos, a assistência perinatal tem sido o principal

---

<sup>2</sup> Pré-termo tardio: nascido entre 34 e 36 semanas e 6 dias de gestação, Pré-termo moderado: nascido entre 28 e menos de 34 semanas e Pré-termo extremo: nascido abaixo de 28 semanas de gestação.

foco do Ministério da Saúde, já que no componente neonatal está o maior desafio para a redução da mortalidade infantil nas distintas regiões brasileiras (Brasil, 2011).

Os principais fatores de risco para a ocorrência da prematuridade estão relatados na literatura e são alusivos ao estado de saúde materna como: diabetes mellitus, hipertensão, infecções urinárias, obesidade, histórico de pré-eclâmpsia, infecções periodontais e congênitas. Também estão relacionados com outros fatores, como hábitos de vida da gestante, ansiedade, gravidez na adolescência, baixo nível de escolaridade materna, fatores financeiros, baixa qualidade da assistência à gestação, cesárea eletiva, uso de abortivo no início da gestação, ruptura prematura de membrana, desproporção cefalopélvica, presença de anomalia congênita e gemelaridade (Gaiva; Modes; Stevanato, 2015; Oliveira et al., 2016).

Segundo o relatório da OMS, 15 milhões de bebês prematuros nascem todo ano, ou seja, um em cada dez bebês nascem pré-termo (Who, 2019). O Brasil ocupa a décima posição mundial na ocorrência de prematuridade (Oliveira et al., 2019) e, junto com a Índia, China e Estados Unidos, constituem um grupo de países com maior número de nascimentos prematuros e são significativas em todas as faixas de renda (Who, 2019). No Brasil, a taxa de RNPT é de aproximadamente 12%. A estimativa é que, dos três milhões de nascidos vivos ao ano, 360 mil bebês nascem prematuramente, ou seja, cerca de mil bebês por dia (Barros et al., 2018; Chawanpaiboon et al., 2019).

No mundo, anualmente, 2,5 milhões de recém-nascidos morrem durante os primeiros 28 dias de vida, destaca-se que dois terços desta ocorrência se deram em virtude da prematuridade (Who, 2019). No Brasil, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes até um ano de vida. (Brasil, 2014b). A pesquisa "Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012)", inquérito nacional de base hospitalar, realizado em 191 municípios com 23.894 mulheres entrevistadas, demonstrou a prematuridade como responsável por cerca de um terço dos casos de óbitos neonatais, seguidos apenas pelas más-formações congênitas (23%) e infecções (19%) (Bittencourt et al.,

2020; Teixeira et al., 2019). Nas últimas décadas, o Brasil tem apresentado uma diminuição significativa na mortalidade infantil, porém, foi acompanhada de uma lenta redução da mortalidade neonatal e um aumento dos nascimentos de prematuros (Teixeira et al., 2019).

A prevalência da prematuridade nas regiões brasileiras sofreu pequenas variações. No ano de 2011, a Região Nordeste registrou uma taxa em 11% enquanto a região Sul 9,5%. Nesse mesmo ano, a taxa na cidade de Salvador-Bahia foi de 11,9% entre os nascidos vivos, registrando números mais elevados do que na maioria dos estados do Sul e Sudoeste brasileiro. Quando se relaciona essa taxa com mães que não tiveram acesso a todas as consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde, a prevalência de prematuridade se eleva para 38,6% (Brasil, 2014a; Lopes; Mendes, 2013). Na Bahia, a taxa de prevalência da prematuridade se assemelha à taxa da região Nordeste. A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia divulgou as taxas entre os anos de 2015 e 2018 de nascidos vivos, segundo a duração da gestação. Nesse intervalo o número de partos prematuros manteve-se estável (SESAB, 2019).

Considerando a relevância de saúde pública da prematuridade e suas repercussões na morbimortalidade, esforços globais e locais têm se dirigido ao controle da ocorrência. O Brasil firmou compromisso com a OMS de reduzir em dois terços o número de óbitos infantis até o ano de 2015. Assim, desde a década de 90, a assistência a gestantes e aos recém-nascidos tem se destacado nas políticas, pactos e programas governamentais no país, através de ações direcionadas para a promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento, e a assistência ao neonato. Essas políticas estavam amparadas pelos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e reforçado, naquele mesmo ano, pela promulgação da Lei 8.069, que estabeleceu o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2010; Lopes, et al., 2017; Pinheiro, et al., 2016).

A partir do ano 2000, foi implementada no Brasil uma estratégia para redução da mortalidade infantil, o Método Canguru (MC), integrada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Esta tinha como base a Norma de Atenção Humanizada

ao Recém-Nascido de Baixo Peso e foi incorporada ao Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e à Rede Cegonha. Sua assistência é desenvolvida em três etapas: i) a primeira começa na identificação do risco gestacional, passando pelo parto e segue até a internação do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); ii) a segunda inicia quando a mãe acompanha o RN por tempo integral na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa); e iii) a terceira etapa inicia após a alta hospitalar e com a continuidade dos cuidados em domicílio e na Unidade Básica de Saúde (UBS), podendo manter o vínculo com o hospital de origem, se necessário (Brasil, 2015, 2017).

O Método Canguru compreende em manter a criança em contato pele a pele, na posição vertical, unido ao peito da genitora ou do genitor. Seus pilares são: acolhimento ao bebê e à sua família, respeito às individualidades do recém-nascido e de seus pais, promoção do contato pele a pele precoce e envolvimento da mãe e do pai nos cuidados com o bebê (Brasil, 2016). O sucesso desse tratamento está na construção de vínculos, estimulação do aleitamento materno e do cuidado humanizado, o ganho de peso adequado; uma melhor resposta fisiológica, psicoafetiva e neurocomportamental; o desenvolvimento motor e cognitivo; a redução dos níveis de infecção e de reinternações; redução dos níveis de cortisol, da morbimortalidade infantil e de custos para a saúde pública (Reichert *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, o Método Canguru (MC) contempla um conjunto de cuidados humanizados perinatal ao prematuro ou RN de baixo peso, tentando diminuir os efeitos deletérios dessa condição de nascimento. Essa é uma política pública que, além de promover uma melhoria na qualidade de vida desses neonatos, promove uma mudança de paradigmas no cuidado oferecidos a esses bebês (Stelmak; Freire, 2017).

Na terceira etapa do MC, os profissionais da Atenção Básica (AB) têm o papel de assegurar a continuidade do cuidado ao RNPT, por meio do apoio e acompanhamento familiar, e da localização e da captação das famílias (Brasil, 2016). A equipe deve estabelecer uma linha de cuidado que promova a continuidade da atenção prestada ao

prematureo, considerando o compartilhamento de saberes e a articulação com a assistência especializada (Silva *et al.*, 2020a).

Para Stelmak e Freire (2017), é essencial que os profissionais de saúde reconheçam as vulnerabilidades dos RNPT, um desafio que demanda atenção às necessidades e especificidades para a assistência desses bebês. Nesse contexto, os profissionais de saúde que atuam na AB devem desenvolver um papel primordial que é o acolhimento da família ou genitora(o), que acessa o serviço de saúde a fim de proteger seu lactente. Esse acolhimento gera segurança no cuidar e facilita à família ou genitora compreender o prognóstico e o desenvolvimento desse prematuro e de suas necessidades especiais de saúde (Souza, 2016).

Oliveira, *et al.* (2016) complementam que, devido o importante papel da prematuridade na mortalidade infantil, é imprescindível estudos sobre essa temática, para esclarecer as causas da prematuridade, auxiliar no planejamento de ações preventivas e, conseqüentemente, a diminuição da morbimortalidade infantil. Nesta perspectiva é que se propõe este estudo, integrante de um projeto de dissertação de mestrado profissional em Saúde da Família, cujo foco é a compreensão dos fatores que interferem no cuidado ao RNPT na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O interesse por esta investigação se deu a partir da prática profissional cotidiana do pesquisador e sua busca para aperfeiçoar a assistência. Como pesquisador e médico pediatra, atuante há três anos junto a ESF de um município do Recôncavo da Bahia, percebo lacunas na assistência ofertada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) ao recém-nascido prematuro. Dessa forma, o objetivo deste capítulo é apresentar os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido prematuro no âmbito da AB, a partir de uma revisão integrativa.

Uma revisão de literatura produzida no âmbito da saúde, que considere a crescente quantidade de informações na área e sua complexidade, se torna mais precisa quando se utiliza instrumentos para essa tarefa. Assim, este estudo é fruto de uma revisão integrativa, que pode ser caracterizada como uma ferramenta que sintetiza o conhecimento sobre uma temática, integrando resultados de estudos

relevantes disponíveis nas bases de dados científicas. Para o processo de elaboração de uma revisão integrativa da literatura, é necessário seguir as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão e apresentação dos resultados (Jarruche; Mucci, 2021; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A primeira fase desta investigação foi a identificação do problema a resolver, através da revisão integrativa relacionada à lacuna na literatura ou aproximação com o estado da arte sobre um determinado tema. Para o propósito deste estudo, elaborou-se a seguinte questão: quais os fatores que interferem no cuidado ao recém-nascido prematuro na Atenção Básica à Saúde (ABS)? Na segunda fase, que é a busca na literatura, pesquisou-se as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Para identificação das palavras-chaves adequadas e usuais para a comunidade científica no campo da saúde, realizou-se pesquisa no sítio <https://decs.bvsalud.org/sobre-o-decs/>, que dispõe da estrutura hierárquica de conceitos, denominados de Descritores em Saúde (DeCS), os quais são empregados na indexação de artigos, livros, dissertações, entre outros. Na revisão integrativa em tela, os termos utilizados foram: Recém-nascido prematuro, Atenção Básica à Saúde (ABS) e Estratégia de Saúde da Família. Também se utilizou o descritor Pré-termo, por sua referência nas publicações do Ministério da Saúde com objetivo de maior alcance de artigos. Importa destacar que artigos de interesse deste estudo podem não ter sido acessados com o uso destes descritores, em virtude de contingências de indexação.

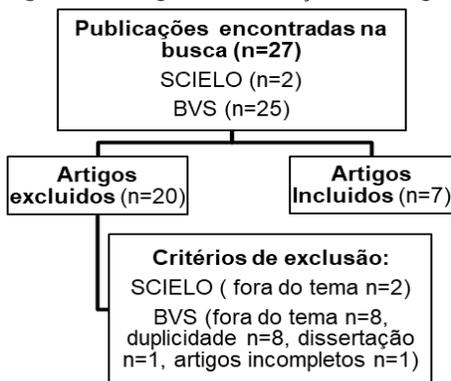
Os termos foram combinados entre si a partir da lógica *booleana* AND da seguinte forma: Recém-nascido prematuro AND Atenção Básica à Saúde, Recém-nascido prematuro AND Estratégia de Saúde da Família, Pré-termo AND Atenção Básica à Saúde e Pré-termo AND Estratégia de Saúde da Família. Também é importante ressaltar que se empregou o uso de aspas quando os termos continham o uso de duas ou mais palavras, a exemplo: "recém-nascido prematuro" ou "Estratégia de Saúde da Família", conforme apontamento da litera-

tura e dos DeCS. A busca na base de dados foi realizada com o filtro de intervalo temporal dos últimos 5 anos de publicação (2015-2020). Esse período de recorte teve o objetivo de conhecer a realidade mais contemporânea sobre o tema.

Os critérios de inclusão foram artigos originais e de revisão que tratam do tema, publicados na íntegra e artigos produzidos no contexto nacional, divulgados em português ou inglês. O critério de inclusão de publicações que retratassem a realidade nacional deriva do interesse de conhecer os desafios inerentes ao cuidado do RNPT na ABS. Os critérios de exclusão foram: os artigos não publicados na íntegra; fora do tema; dissertações ou teses; oriundos de realidades internacionais; e que abordassem a atenção secundária e/ou terciária.

A fase da coleta de dados deste estudo ocorreu durante o mês de junho de 2021. A partir da associação das palavras-chaves foram identificados um universo de vinte e sete publicações, sendo dois da SCIELO e vinte e cinco da BVS. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, o levantamento de dados resultou em sete artigos, conforme descrito no fluxograma abaixo na Figura 1:

Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos



Fonte: Elaboração própria (2021).

Para efeito de análise dos artigos alcançados, estabeleceu-se os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS): Atenção no Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação

da Atenção; de acordo com descrição adotada por Oliveira e Pereira (2013). Considerando a amplitude de fatores encontrados na literatura acessada, houve a necessidade de se adicionar duas categorias: Educação Permanente em Saúde e Gestão da APS.

**Quadro 1:** Categorias e suas definições.

CATEGORIA	CONCEITO	AUTORES
Atenção no Primeiro Contato	A expressão primeiro contato implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, pelos usuários, a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. Em outras palavras, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde.	Oliveira, Pereira, 2013.
Longitudinalidade	A longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Na literatura internacional, o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido semelhante à palavra longitudinalidade, embora esses termos possuam especificidades conceituais. Ou seja: mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção, isto não significa que a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários não exista ou que seja interrompida.	Oliveira, Pereira, 2013.
Integralidade	A integralidade é um dos pilares na construção do SUS, consagrado pela Constituição Federal de 1988, e possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias.	Oliveira, Pereira, 2013.
Coordenação da Atenção	A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde.	Oliveira, Pereira, 2013.
Educação Permanente em Saúde	A Educação Permanente em Saúde (EPS), inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil, tem como objetivo nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema.	Ferreira et al. 2019.

Gestão da APS	A gestão do trabalho em saúde trata das relações, a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador da saúde é fundamental para a efetividade e a eficiência do SUS. Nela, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.	Calvo et al., 2016.
---------------	--	---------------------

Fonte: Elaboração própria (2021).

Os estudos identificados nesta revisão integrativa resultaram de pesquisas empíricas, em sua maioria empregando abordagem qualitativa e desenvolvidos na região Sul do país. A caracterização destes estudos está descrita no Quadro 2.

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados.

Autores/título/ periódico/ano	Instituição/ Região	Objetivo	Delineamen- to/amostra
Castro, Ana Claudia Oliveira; Duarte, Elysangela Dittz; Diniz, Ieda Aparecida. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017	Universidade Federal de Minas Gerais / Belo Horizonte - MG	Caracterizar os atendimentos de primeira consulta realizados pelo enfermeiro a crianças de risco, egressas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital da região metropolitana de Belo Horizonte, e definir os principais diagnósticos de enfermagem e intervenções realizados nesse atendimento.	Pesquisa qualitativa
Solano, Lorrainy da Cruz; et al. Coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro: desafios para a Atenção Primária à Saúde. Revista Mineira de Enfermagem. 2019.	Faculdade Nova Esperança de Mossoró / 2ª Região de Saúde do Estado Rio Grande do Norte	Analisar como é compreendida a coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro na segunda região de saúde do estado do Rio Grande do Norte.	Pesquisa qualitativa
Silva, Mae Soares da; et al. Acompanhamento na terceira etapa do Método Canguru: desafios na articulação de dois níveis de atenção. Revista Baiana de Saúde Pública. 2020.	Universidade Federal do Maranhão / São Luiz - MA	Analisa a percepção de trabalhadores de saúde sobre a articulação entre os serviços de Unidade Neonatal e da atenção primária em saúde (APS) no acompanhamento de crianças na terceira etapa do Método Canguru.	Pesquisa qualitativa

Paula, Simone de; et al. Análise do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças participantes de um Programa Mãe-bebê. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2019	Universidade FEEVALE / Novo Hamburgo - RS	Analisar o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças participantes de um Programa Mãe-bebê.	Pesquisa qualitativa
Aires, Luana Cláudia dos Passos et al. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. 2017.	Universidade Federal de Santa Catarina / Florianópolis - SC	Descrever a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica acerca da referência e contrarreferência no cuidado do bebê pré-termo, de baixo e/ou de muito baixo peso ao nascer egresso da Unidade Neonatal no sistema de saúde	Pesquisa qualitativa
Aires, Luana Cláudia dos Passos et al. Seguimento do bebê na Atenção Básica: interface com a terceira etapa do Método Canguru. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015.	Maternidade Darcy Vargas / Joinville - SC	Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família e a interface com a terceira etapa do Método Canguru.	Pesquisa qualitativa
Silva, Rosane Meire Munhak da et al. Oportunidades de cuidados à criança prematura: visita domiciliar e suporte telefônico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2020 Universidade Estadual do Oeste do Paraná / Foz do Iguaçu - PR Analisar oportunidades de orientações para promoção do cuidado de crianças prematuras em visita domiciliar e suporte telefônico.			Pesquisa qualitativa

Fonte: Elaboração própria (2021).

Considerando as categorias adotadas para análise dos dados, a integralidade foi aquela que mais se destacou dentre as demais. Este atributo apresentou um elenco de fatores associados ao cuidado ao RNPT que se constitui em desafios à consecução da assistência.

Dentre os fatores relacionados à integralidade, foi relatado escassez de estratégias do cuidado ao RNPT no seguimento ambulatorial, principalmente as implementadas junto com a família (Castro; Duarte; Diniz, 2017). Essa falta de ações de vigilância do desenvolvi-

mento infantil, que excluem a análise e o acompanhamento de determinantes ambientais, especialmente relacionados à estrutura familiar, foram fatores que também interferiram na segmentação da assistência (Paula *et al.*, 2019).

O estudo de Solano *et al.* (2019) apontou que a abordagem fragmentada, a atuação isolada dos profissionais e a responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro da equipe foram fatores que impedem a integralidade do cuidado ao RNPT. As autoras utilizaram como exemplo a realização da visita domiciliar (VD) sem avaliação do risco familiar e consultas sem relacionar o risco de vulnerabilidades. Essas autoras destacaram, ainda, que a falta de interação entre os profissionais limita a atenção ao usuário, prejudicando as ações intersetoriais no território e, conseqüentemente, o cuidado ofertado ao RNPT.

Outro fator identificado por Silva *et al.* (2020a) foi a insuficiência da atenção compartilhada no cotidiano da ABS. Este estudo ainda aborda o fato de que os profissionais participantes da pesquisa, quando se referiam às crianças nascidas pré-termo, se desimplicavam dos cuidados relativos ao acompanhamento de peso e estatura, vacinação, orientação alimentar e cuidados com a higiene, demonstrando dificuldade em reconhecer a criança de risco como responsabilidade de toda a rede de serviços de saúde.

Aires *et al.* (2017) descreveram como fator que interferiu na assistência a discreta ou quase nula comunicação entre os diversos níveis de atenção. O estudo de Oliveira e Pereira (2013) corroborou com este resultado, desde que identificou a comunicação e a articulação das ações de promoção, proteção e prevenção, e abordagem integral do indivíduo e das famílias como essenciais para a integralidade do cuidado ao RNPT. Estas autoras pontuaram que, para ocorrer uma atenção integral, é necessário atender as demandas do indivíduo em todos os níveis de assistência, e que o acesso a estes distintos níveis seja harmonioso e ágil.

A segunda categoria mais presente nos estudos analisados foi a Atenção no Primeiro Contato. Aires *et al.* (2017) assinalaram como

principal fator que interfere no cuidado ao RNPT na APS/ESF, a falta de registro e sua má qualidade, em sua maioria preenchidos de forma incompletos, insuficientes, pouco específicos e tecnocratas. Em seguida, as autoras descreveram que essa comunicação deficitária se faz mais presente entre os prematuros egressos de hospitais ou de consultórios particulares. Não apresentando, assim, uma proposta de continuidade do cuidado a esse RNPT, restringindo a relação das famílias com a UBS apenas para a realização de vacinas e teste do pezinho. Estes achados contrariam o que é preconizado pelo Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica do Ministério da Saúde: "O relatório de alta é um resumo da internação da criança desde o nascimento até a alta hospitalar" (Brasil, 2016, p. 26).

Conforme a proposta do Método Canguru, o primeiro contato entre o RNPT e sua família com a equipe da ABS deve ser realizado ainda durante a estadia no hospital (Brasil, 2015). Aires *et al.* (2017) argumentaram que algumas unidades não realizavam a visita hospitalar por não serem informadas em tempo hábil, recebendo a notificação somente após a alta do bebê. As autoras ainda pontuaram que existe uma demora no processamento da notificação das UBS para o início do seguimento do bebê egresso da Unidade Neonatal na ABS, através da Declaração de Nascidos Vivos.

Outra categoria identificada como ausente nos artigos analisados foi a longitudinalidade. Identificamos que a descontinuidade no atendimento do Crescimento e Desenvolvimento dos RN em serviços da atenção primária foi um dos fatores diretamente ligado a má qualidade da assistência ao RN (Silva *et al.*, 2020b). Somando-se a um modelo assistencial com atendimento segmentado, episódico e curativo, ainda vigente na APS (Aires *et al.*, 2017). Solano *et al.* (2019) corroboraram que a fragmentação dessa assistência na atenção primária ocorre em função de predominar um cuidado centrado nas doenças.

Ressalta-se que Aires *et al.* (2015) identificaram um aspecto favorável na assistência do RNPT na ESF que foi alvo do seu estudo e que pode contribuir com a longitudinalidade do cuidado. Estas

autoras registraram uma preocupação da equipe quanto a realização do acolhimento da família, visando manter o vínculo e garantir o acompanhamento da criança, com o agendamento facilitado das consultas. Entretanto, apontam alguns obstáculos enfrentados por essas famílias de RNPT, como: a distância entre a residência e o serviço de saúde, o fato de ter outros filhos, a falta de tempo disponível e limitações financeiras da família. Todas essas questões mostraram-se como aspectos dificultadores para que os pais levem a criança para ser acompanhada nos dois níveis de atenção (ambulatório de prematuridade da maternidade e na UBS).

Solano *et al.* (2019) elencaram, também, fatores relacionados com os profissionais de saúde, relatados na categoria longitudinalidade. A fragilidade dos vínculos trabalhistas, registrada no estudo de Solano *et al.* (2019), também foi percebida como uma ameaça a longitudinalidade do cuidado, visto que provoca rotatividade e carência de profissionais na atenção primária, principalmente médicos e especialistas. Os estudos desenvolvidos por Silva *et al.* (2020b) e Aires *et al.* (2015) destacaram a escassez de especialistas e a grande demanda para esse tipo de atendimento como fatores que interferem na assistência ao RNPT (Aires *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2020b).

Na categoria coordenação da atenção, Solano *et al.* (2019) apontaram dificuldades relacionadas com a insuficiente articulação setorial. As autoras identificaram uma falta de diálogo entre os diferentes pontos das unidades de atendimento e deficiente comunicação entre elas. Silva *et al.* (2020a) também observaram, em seu estudo, que havia uma fragilidade na comunicação formal para efetivação do processo de referência e contrarreferência do seguimento do prematuro, que o setor terciário fornece à ABS. Para Aires *et al.* (2015), essa falha na interlocução entre o hospital e a UBS, dificultava a continuidade do MC na atenção primária. Essa falta de articulação e comunicação entre AB e os demais pontos da rede ocorreu não apenas por ausência de conexão entre os serviços, mas pelos próprios profissionais de saúde que apresentaram dificuldades em reconhecer o RNPT

como responsabilidade de toda a rede de serviços de saúde. Esses também foram apontamentos observados nos estudos de Silva *et al.* (2020a), Paula *et al.* (2019) e Solano *et al.* (2019).

Os resultados aqui apresentados sobre as lacunas na coordenação do cuidado se contrapõem ao que é preconizado na terceira etapa do MC, na medida em que há a necessidade de pactuações entre os diversos níveis de atenção à saúde para a efetivação do método e qualidade da assistência ao RNPT (Brasil, 2015).

Ainda considerando os fatores que indicam lacunas na coordenação do cuidado ao RNPT, destacamos a ocorrência, entre os profissionais da UBS, de uma preocupação burocrática com o número de consultas e com o seguimento de normas prescritas pelos manuais do Ministério da Saúde, sem considerar as particularidades e necessidades de cada RN e capacidade de atendimento do serviço (Aires *et al.*, 2015). Para Solano *et al.* (2019), essa problemática influencia na persistente cultura do encaminhamento do RN para o especialista.

Outro fator identificado no estudo realizado por Paula *et al.* (2019), que interfere na coordenação do cuidado ao prematuro na ABS, foi a limitação da rede de proteção social às necessidades básicas do RNPT e de sua família, especialmente, aquelas em situação de vulnerabilidade social. Para Silva *et al.* (2020b), a precariedade nas redes de atenção à saúde e nos mecanismos de seguimento das crianças prematuras e egressas de unidades neonatais, esteve também relacionada à ausência de visita domiciliar. Esta tem se tornado algo burocrático nas UBS, em que o serviço ou profissional da ABS não coordena o cuidado (Solano *et al.*, 2019).

Duas categorias que emergiram nas análises dos artigos selecionados neste estudo foram acrescentadas, são elas: Educação Permanente em Saúde (EPS) e gestão da APS. Estas encontram-se descritas no Quadro 1.

Na categoria educação permanente em saúde, Solano *et al.* (2019); Aires *et al.* (2015) pontuaram as limitações práticas do atual repertório das equipes da APS, a insegurança de profissionais para identificar as necessidades dos RNPT e dificuldade em construir uma

linha de cuidado. Silva *et al.* (2020a) ainda identificaram a falta de capacitação profissional das equipes da APS.

Na análise dos fatores relacionados com a gestão da ABS, destacamos o estudo de Solano *et al.* (2019). As autoras constataram nos relatos dos participantes de sua pesquisa que a escassez de recursos financeiros e dos repasses, em tempo hábil, frente às grandes demandas de serviços em saúde foram obstáculos para a assistência na AB. Sobre essa alta demanda de atendimentos, Aires *et al.* (2017) e Silva *et al.* (2020a) ressaltam a sobrecarga de trabalho como fator prejudicial para uma assistência qualificada.

Essa carência de repasses financeiros reflete na falta de materiais e insumos essenciais na APS, sendo um desafio para esses profissionais e um elemento desmotivador (Solano *et al.*, 2019). Esse desprovimento não é apenas de materiais de consumo, a indisponibilidade de meio de transporte do serviço para a realização das visitas domiciliares também foi apontada como fator que dificultou a assistência ao RNPT na ESF (Silva *et al.*, 2020a).

Para Aires *et al.* (2015) alguns desses profissionais, principalmente o enfermeiro, tem perdido espaço das consultas de puericultura por conta das demandas burocráticas da unidade. As autoras também referiram a falta de compreensão, por parte de alguns profissionais, sobre as políticas ou propostas de mudança de paradigmas para o atendimento ao neonato, revelando fatores que desqualificam a assistência na ABS e promovem situações que levam ao desmonte e falta de equipes da ESF.

Os dados apresentados neste estudo revelaram os fatores que interagiram no cuidado ao RNPT na ABS, a partir da análise de sete artigos selecionados mediante critérios estabelecidos nesta revisão integrativa.

Dentre as categorias que emergiram a partir da análise dos resultados apresentados pelos autores, pode-se afirmar que a integralidade foi a categoria mais ausente, seguida da atenção no primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado, educação permanente e gestão da APS. Mais especificamente podemos apontar os

seguintes fatores: a escassez de estratégias do cuidado ao pré-termo no seguimento ambulatorial, a atuação isolada dos profissionais, um atendimento segmentado e curativo, a falta de capacitação profissional, fragilidade dos vínculos trabalhistas, imprecisão de registros da assistência oferecida ao prematuro, dificuldades na comunicação intersetorial, insuficiência de recursos financeiros e insumos na APS, isso tudo, diante do aumento das demandas de serviços em saúde.

Deste modo, os resultados sistematizados neste estudo apontaram para uma incipiente instituição da terceira etapa do Método Canguru nas realidades estudadas. Também, no cotidiano profissional como pediatra do primeiro autor deste capítulo, integrante da ESF em um município do interior da Bahia, são frequentes as anotações incompletas, sem informações como: condições de nascimento; procedimentos realizados; evolução do RNPT prematuro durante a estadia no hospital. Também é recorrente a situação em que a família não é instruída a levar esses registros para esse primeiro momento na AB, situações que dificultam o primeiro contato e o fortalecimento de vínculos com o serviço.

Logo, podemos indicar a necessidade de desenvolvimento de estudos que permitam não somente realizar diagnóstico, mas também, construir estratégias, junto com os trabalhadores da APS, que possam enfrentar este vazio assistencial. Destaca-se que a prematuridade é um problema de elevada magnitude, especialmente no estado da Bahia, que apresenta elevados índices de mortalidade, conforme descrito na introdução deste capítulo. No que tange ao atendimento ao RNPT egresso da unidade hospitalar, e que deve ser acolhido pela rede de atenção básica, aponta-se a necessidade dos profissionais da APS/ESF em estabelecer estratégias apropriadas para estreitar as relações entre os profissionais de saúde e a família, e entre os níveis de atenção, articulando o cuidado em rede. Deve-se promover, através da perspectiva da EPS, modelos de assistência ao recém-nascido prematuro na AB, como o Método Canguru e os protocolos que orientam os serviços de atenção básica na assistência ao RN prematuro.

Mesmo diante do atual cenário político e econômico que o Brasil vivencia, são necessárias atuações efetivas por parte dos profissionais, que visem diminuir a mortalidade neonatal, buscando uma AB acolhedora, resolutiva e que garanta a integralidade do cuidado a esse bebê que é usuário do SUS.

## Referências

AIRES, L. C. dos P. *et al.* Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 224-232, 2015.

AIRES, L. C. dos P. *et al.* Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2017.

BARROS, F. C. *et al.* Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: Secondary analyses of national birth registration. **BMJ Open**, v. 8, n. 8, p. 1-9, 2018.

BITTENCOURT, S. D. de A. *et al.* Nascer no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 11, 20 nov. 2020.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília: Edições Câmara, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde. Volume Cuidados com o recém-nascido pré-termo.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CALVO, M. C. M. *et al.* **Gestão e avaliação na atenção básica.** 3. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016

CASTRO, A. C. O.; DUARTE, E. D.; DINIZ, I. A. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. 1-9, 2017.

CHAWANPAIBOON, S. *et al.* Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 1, p.37- 46, 2019.

DANTAS, J. M. *et al.* Percepção das mães sobre a aplicabilidade do método canguru. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 12, n. 11, p. 2944, nov. 2018. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235196>. Acesso em: 4 jun. 2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

GAIVA, M. A.; MODES, P. S. S. dos A.; STEVANATO, J. M. Fatores Associados à Prematuridade. **Análise dos Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**, v. 9, n. 12, p. 1110-1117, 2015.

JARRUCHE, L. T.; MUCCI, S. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p. 162-173, mar. 2021.

LEAL, M. do C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, 2016.

LOPES, S. A. V. do A.; MENDES, C. M. C. Prematuridade e assistência pré-natal em Salvador **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 12, n. 4, p. 460-464, dez. 2013.

LOPES, T. R. G. et al. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: Relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 11, p. 4492-4497, nov. 2017.

OLIVEIRA, J. A. de et al. **Continuidade do cuidado na prematuridade Saúde (Santa Maria)**. Santa Maria, 2019.

OLIVEIRA, L. L. de et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 382-389, jun. 2016.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Primary health care essential attributes and the family health strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66 spec., p. 158-164, 2013.

PAULA, S. de et al. Análise do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças participantes de um programa mãe-bebê. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 1-10, 2019.

PINHEIRO, J. M. F. et al. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 243-252, jan. 2016.

REICHERT, A. P. da S. et al. Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. 1-7, 2021.

SESAB. **Número de nascidos vivos, segundo semana de gestação detalhada**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2015 - 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/nascimentos/>. Acesso em: 4 jun. 2021.

SILVA, M. S. DA et al. Acompanhamento Na Terceira Etapa Do Método Canguru: Desafios Na Articulação De Dois Níveis De Atenção. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 671-685, 2020a.

SILVA, R. M. M. da et al. Care opportunities for premature infants: Home visits and telephone support. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1-8, 2020b.

SOLANO, L. da C. et al. Corrdination of Care for Premature Newborns: Challenges for Primary Health Care. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-8, 2019.

SOUZA, E. M. de. **Mapeamento das Emoções de Familiares de Lactentes Prematuros com Demandas de Cuidados Especiais nas Redes de Atenção**. [s.l.] Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, v. 44, n. 8, p. 102-106, 2010.

STELMAK, A. P.; FREIRE, M. H. de S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 795, 2017.

TEIXEIRA, J. A. M. et al. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 28, n. 1, 2019.

WHO. **Survive & thrive: Transforming care for every small and sick newborn**. v. 29. Geneva: World Health Organization, 2019.

# Itinerário terapêutico de famílias: conhecer para cuidar

*Adrielly dos Santos Mendes  
Fran Demétrio (in memoriam)<sup>3</sup>  
Ismael Mendes Andrade  
Luiz Henrique Silva Mota  
Ana Lúcia Moreno Amor*

As parasitoses entéricas têm ocupado papel relevante entre as causas de morte no Brasil e consolidou-se como um problema de Saúde Pública. Estão diretamente associadas à pobreza, qualidade de vida, exposição do hospedeiro a ambientes inóspitos, ausência de saneamento básico, alimentação inadequada, a precárias condições de higiene e fatores comportamentais (Neves *et al.*, 2016).

No Brasil, os números conhecidos oficialmente não representam o número real de indivíduos infectados, em virtude das notificações não serem compulsórias, e as que são, têm grande proporção de subnotificação (Rouquaryol; Almeida Filho, 1999). Em um estudo de revisão sistemática, Celestino *et al.* (2021) identificaram prevalência de parasitos intestinais de 46% em todo o território brasileiro, com heterogeneidade de 99%: 37% na região Sudeste; 41% na Centro-Oeste; 50% na Nordeste; 51% na região Sul e 58% na região Norte, a partir de material publicado no período entre janeiro de 2000 e maio de 2018.

Os fatores biológicos, genéticos, nutricionais e/ou imunológicos predis põem susceptibilidade às infecções parasitárias. A idade é um elemento importante, pois o público infantil é mais acometido por estas infecções devido ao desenvolvimento tardio do sistema imune,

---

<sup>3</sup> "Este trabalho é dedicado, especialmente, à memória da Profa Dra. Fran Demétrio que, para além de toda sua contribuição na formação crítico-reflexiva e científica em saúde, se destacou por sua luta pelo reconhecimento enquanto mulher transfeminista negra e ativista dos direitos LGBTQIA+. Poucas são as pessoas que com sua força e sensibilidade travaram lutas e encararam uma sociedade despreparada e intolerante com a mesma clareza e sabedoria".

carência de bons hábitos higiênicos, convivência em lugares fechados (escolas/creches) e/ou à exposição ao ambiente peridomiciliar durante as atividades de lazer (Neves et al., 2016). Crianças que habitam áreas pobres são as mais afetadas, pois, convivem com fatores facilitadores ao desenvolvimento da doença, como desnutrição, exposição repetida ao patógeno, atenção médica fragilizada, moradias inadequadas e/ou condições mínimas de saneamento básico ou sua ausência (Torres, 2006).

Conhecer modelos e práticas de cuidado adotadas pelos cuidadores das crianças que convivem com essas enfermidades são essenciais, pois contribuem para formulação de itinerários terapêuticos, os quais devem fazer parte das estratégias de promoção e cuidado em saúde, e também tornar o reconhecimento das experiências singulares dos indivíduos, peça fundamental na construção de projetos cuidadores (Trad, 2015; Silva Junior; Gonçalves; Demétrio, 2013).

Embora haja uma vasta literatura sobre a importância das parasitoses intestinais para a Saúde Pública e, especialmente, em relação às crianças, pouca atenção tem sido dada aos sentidos e aos significados sobre essas doenças, o tratamento e a cura, que são de fundamental importância para a construção de itinerários terapêuticos. Diante do exposto, o presente capítulo descreve e analisa os itinerários terapêuticos de famílias com crianças acometidas por infecções parasitárias intestinais, na zona rural do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, exploratório-analítico, realizado com seis famílias de baixa renda, com crianças entre cinco e nove anos de idade, residentes na comunidade do Rio do Onha, região do Riacho Dantas, zona rural do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, com exame parasitológico de fezes positivo para parasitos entéricos/intestinais.

O processo de escolha das famílias contou com a colaboração do Grupo de Estudos em Parasitologia Humana do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), que realizaram pesquisas na comunidade Rio do Onha, no período de

junho de 2015 a novembro de 2016 (Andrade et al., 2018). Obteve-se acesso aos resultados dos exames parasitológicos no banco de dados do Grupo e as entrevistas foram realizadas com os responsáveis das crianças no período de junho a julho de 2016, no próprio domicílio de cada depoente. Para coleta de informações sociodemográficas, utilizou-se questionário semiestruturado e roteiro de entrevista aberta para apreensão de significados acerca do processo de adoecimento, tratamento, cuidado e cura de parasitoses intestinais, constituindo-se em diário de campo da pesquisa. A entrevista aconteceu de forma semidiretiva, com duração média de 30 minutos e produzida por meio de gravador, mediante o consentimento das famílias. Após a audição, as entrevistas eram cuidadosamente transcritas.

Na compreensão das entrevistas, utilizou-se a análise temática proposta por Minayo (1996) e o modelo de análise holística dos itinerários terapêuticos proposta por Trad (2015). A análise temática compreendeu a fase de leitura flutuante do material transcrito, com a finalidade de conhecer as falas das entrevistadas, de modo a identificar os núcleos de sentidos e os significados atribuídos. Em seguida, realizou-se a análise holística que compreendeu recortes de falas em torno de quatro unidades de análise. Sendo elas: (1) Dimensão contextual: condições de vida, capital econômica, social e cultural – onde foram explorados elementos que influenciam no grau de informação sobre saúde-doença, “no comportamento frente aos problemas que apresentam, bem como na maior ou menor facilidade de aderir aos recursos disponíveis” (Trad, 2015, p. 86); (2) Dimensão simbólica: sentidos, significados, saúde-doença-cuidado – onde foi possível “apreender as modulações que se processam na percepção da gravidade, incertezas e/ou apreensões frente ao diagnóstico expectativa de cura, ao longo da enfermidade” (Trad, 2015, p. 84); (3) Racionalidades e práticas terapêuticas: relativas às práticas domésticas e outras arenas assistenciais terapêuticas – nessa dimensão foram investigados os recursos assistenciais utilizados, explorando a “articulação entre os sistemas formal e informal” (Trad, 2015, p. 87); (4) Avaliação da experiência: aspectos organizacional, relacional e eficácia terapêutica – nessa unidade foi possível compreender a “di-

nâmica dos itinerários terapêuticos dos sujeitos/grupos investigados, e transformações que se processam nas sucessivas escolhas e fluxos, bem como nas significações sobre a doença em questão, prognósticos..." (Trad, 2015, p. 88). Em resumo, esse modelo teórico-metodológico sugerido por Trad (2015, p. 82) pretende, "por um lado, capturar o ponto de vista dos sujeitos, suas experiências e interpretações e, por outro, explorar um conjunto de elementos vinculados aos contextos social, cultural, assistencial".

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB. A fim de assegurar o anonimato das participantes, todas receberam nomes fictícios e, previamente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Análise holística**

### Dimensão contextual

Entre as seis crianças incluídas na pesquisa, quatro eram do gênero feminino; cinco tinham como responsáveis suas mães consanguíneas e uma criada por avó materna. Quanto ao estado conjugal das cuidadoras, duas eram casadas, três viviam em união estável e uma era solteira. Todas praticantes do catolicismo como prática religiosa e relatando possuir e morar em casa própria. E, quanto ao número de pessoas que vivem na residência, cinco dessas famílias eram constituídas por quatro pessoas ou mais, com suas respectivas cuidadoras possuindo dois ou mais filhos. Sobre o grau de escolaridade, todas as responsáveis possuíam o ensino fundamental incompleto. O estudo de Martins *et al.* (2004) revelou a influência significativa da escolaridade materna no desenvolvimento de um ambiente saudável para os filhos, onde avaliaram que as mães com maior nível de escolaridade têm mais acesso a informações sobre o desenvolvimento infantil e a outros aspectos associados e, por isso, podem prover melhores condições físicas e emocionais para o crescimento de seus filhos. Contudo, faz-se relevante intensificar atividades de promoção e de educação

em saúde, para que ocorram associações entre a teoria e prática de forma diretiva, visto que o nível de conhecimento sobre as doenças causadas por parasitos intestinais não é fator determinante na realização de hábitos e cuidados adequados de prevenção em saúde. O nível de escolaridade da comunidade acadêmica no estudo de Passos *et al.* (2021) em uma universidade pública no Recôncavo da Bahia, pode, por exemplo, ter contribuído para a baixa frequência de positividade para parasitos patogênicos na análise das fezes do público participante (docentes, discentes e servidores técnicos). No entanto, as porcentagens de protozoários patogênicos e não patogênicos presentes evidenciaram a circulação destes parasitos neste público, que pode ser multifatorial e um bioindicador de contaminação fecal-oral (alimentos e bebidas contaminados) e das condições sanitárias. Ratificando o exposto, Visser *et al.* (2011) afirmam que não há dúvida que a falta de saneamento básico oferece maior risco de infecção por parasitos para a comunidade e a existência de boas instalações sanitárias é fundamental para a saúde de uma população.

Sobre a cor da pele, cinco das entrevistadas autodeclararam-se pardas e uma identificou-se como negra. No entanto, a opção "negra" não constava entre as alternativas do questionário semiestruturado, que seguia os cinco padrões de cores (branco, pardo, amarelo, indígena e preto) estabelecidos e utilizados nas pesquisas do Censo feitas, em território brasileiro, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contudo, a entrevistada, demonstrou não se sentir contemplada e representada pela opção "preta", que seria a mais próxima da cor autodeclarada por ela. Isso possivelmente aconteceu porque o termo "preta" soa como algo depreciativo e preconceituoso como disposto no trabalho "cor nos censos brasileiros" de Piza e Rosemberg (1998/99). Estas autoras destrincham sobre isso e informam que as palavras usadas para nomear a cor das pessoas não são meros veículos neutros enunciadores de matizes, mas carregam índices de preconceito/discriminação, de seu distanciamento e de sua superação.

Referente à ocupação, todas as cuidadoras relataram exercer a atividade de dona de casa (serviço doméstico não remunerado). Faco

(2007), ao pesquisar sobre adolescentes de zona rural, identificou que entre as atividades das mães, 51% exerciam o papel de donas de casa, evidenciando que muitas mulheres na área de abrangência, ainda mantêm as atividades tradicionais de gênero. No tocante ao histórico de enteroparasitoses na família, cinco delas disseram existir casos de infecção helmíntica no passado. Sendo assim, existe uma predisposição dessas famílias à recidiva e à reinfeção pelo agente etiológico, entre as crianças da comunidade e de demais membros do núcleo familiar. A reinfeção pode ocorrer quando as medidas profiláticas são difíceis de serem incorporadas à rotina da população (Neves *et al.*, 2016), pois as mesmas, relacionadas aos parasitos intestinais envolvem a abordagem do problema médico e do problema socioeconômico, indispensáveis e simples e pouco aderidos costumeiramente.

Quanto ao local onde a criança ficava diariamente, quatro delas, durante um turno, estavam na creche ou escola, enquanto duas, ficavam em casa em tempo integral, mesmo em idade escolar (cinco a nove anos). Enfatiza-se a necessidade de ampliação da oferta ou de diminuição de vagas ociosas nas escolas de zonas rurais. A respeito da origem da água para consumo, todas disseram que provém de poço artesiano, e não houve relato de tratamento desta água antes do consumo, o que implica em um risco maior de infecção, pois a água é um dos veículos mais comuns para disseminação de alguns parasitos entéricos, entre eles: *Cryptosporidium parvum*, *Isospora belli*, *Entamoeba histolytica* e *Giardia duodenalis*.

As instalações sanitárias, em cinco dos casos, localizavam-se no interior da residência. O esgoto, em quatro casos, era destinado à fossa rudimentar e os outros dois casos, à céu aberto. O descarte inadequado dos dejetos pode contaminar diretamente os indivíduos, ou indiretamente, quando atingem o lençol freático ou poços e rios. No estudo de Ferreira *et al.* (2006), realizado em Guarapuava-PR, crianças com diagnósticos positivos para infecção por parasitos entéricos possuíam como característica comum, viver em condições socioeconômicas desfavoráveis, com ausência de rede de esgoto nos domicílios.

Sobre o destino do lixo, quatro das depoentes relataram que o queimavam e duas que o dispensavam no quintal. Inadequados hábitos higiênicos e lixo com destino incorreto são itens ligados à cultura e às práticas que precisam ser trabalhadas para serem repensadas pela população em relação à cadeia de transmissão de patógenos e de aparecimento de insetos vetores (Torres, 2006).

Quanto ao hábito de lavar as mãos, todas as crianças lavavam às vezes quando iam se alimentar; duas lavavam as mãos sempre e quatro esporadicamente após ir ao banheiro. É possível constatar que não lavar as mãos antes das refeições e após realizar suas necessidades fisiológicas, são fatores de risco para infecções parasitárias entre as crianças (Torres, 2006).

### Dimensão simbólica

Na análise das entrevistas observou-se que as depoentes não possuíam o conhecimento científico acerca dos parasitos, das doenças desencadeadas por eles e dos seus mecanismos fisiopatológicos.

É um bicho que causa mal à saúde, né? Não deixa a pessoa se desenvolver, que nem ela mesmo. A criança não se desenvolve. Não come. Faz mal à saúde (Diário de campo do encontro com Bianca).

Causa mancha de pele, não desenvolve, causa um bocado de coisa que o povo diz, também dá muita dor de barriga (Diário de campo do encontro com Larissa).

Outras, apesar de não terem esclarecimentos técnico-científicos referente à patogenia e à sintomatologia dos parasitos, mencionam possíveis sinais e/ou sintomas das infecções ("não desenvolve; dá dor de barriga; mancha na pele"). Algumas dessas alusões, baseadas no saber popular da entrevistada, podem ser constatadas na literatura, como em Zeibig (2014): os sinais clínicos mais observados nas parasitoses entéricas, incluem diarreia, náuseas, febre, calafrios e dores abdominais.

Ela é uma doença, diz o povo, que diz que ataca [quadro agudo], chega a vomitar, dá dor de bar-

riga. Mas, o meu [filho] não chega a dar isso não. Mas muitos aí dizem que dá (Diário de campo do encontro com Isabella).

No discurso da entrevistada é possível observar a influência dos referenciais socioculturais na construção de conceitos e ideias, quando ela usa as expressões "diz o povo" e "muitos aí dizem". O "povo" referido, trata-se dos próprios amigos, vizinhos, familiares ou, inclusive, profissionais de saúde com os quais ela teve algum contato durante a vida. Conforme Alves (1993, p. 67):

A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas.

Nesse sentido, a presença dessa expressão na fala de Isabella denota o quanto é comum vivenciar a sua própria experiência da enfermidade, com lentes construídas por uma coletividade.

A verminose é uma doença, porque se você não der o remédio, ou der e ele já tiver atacado, pode morrer. Meu irmão morreu assim, com o atacamto do verme, botou verme por tudo quanto foi buraco: boca, olho, nariz, por tudo onde podia sair (Diário de campo do encontro com Isabella).

Neste último relato, a entrevistada demonstra entender que as parasitoses intestinais podem chegar a estágios graves, com sintomas severos e, ainda, podem levar a óbito. Essa constatação é sustentada pelo discurso biomédico e por dados da Organização Mundial da Saúde, os quais revelam que estas parasitoses continuam a figurar entre as principais causas de morte, responsáveis por 2 a 3 milhões de óbitos/ano, em todo o mundo (Vasconcelos et al., 2011).

No meu tempo, ter verme era ter doença. Mas, essa filha daí não, ela é morena. Se fosse uma criança branca, ficava logo amarela. Fica feia, emagrece, sem querer comer (Diário de campo do encontro com Eloísa).

Da fala de Eloísa, pode-se perceber que há uma crença de que a etnia do hospedeiro tem influência sobre a resposta fisiopatológica ao parasito intestinal. Carli, Tasca e Machado (2004) argumentam que a predisposição racial, genética ou alguma suscetibilidade específica não constituem fatores importantes para a infecção parasitária. Já as diferenças na educação, cultura e nos hábitos alimentares podem aumentar a exposição e quadros de reinfecção em áreas endêmicas.

Muitas vezes, ficar descalço que é o que mais pega, num lugar que não pode ficar descalço. Às vezes comer as coisas sem lavar, a carne de porco mesmo que é o principal (Diário de campo do encontro com Maísa).

Sobre os hábitos que possivelmente influenciam quadros de infecção parasitária, uma das entrevistadas referiu-se à carne suína como fator de risco. Essa informação pode ser confirmada por Neves *et al.* (2016), os quais apontaram o consumo de carne suína mal passada ou crua como um fator de risco para algumas parasitoses intestinais, entre elas a teníase (*Taeniasolium*), toxoplasmose (*Toxoplasma gondii*) e triquinelose (*Trichinella spiralis*).

Outra percepção da depoente refere-se que a infecção pode ser ocasionada pelo hábito de "ficar descalço", ou seja pela exposição direta ao solo. Segundo Campos Filho *et al.* (2008), o solo pode ser um fator de risco para infecção por formas parasitárias pois, eventualmente, este ambiente pode estar contaminado por patógenos oriundos das fezes de humanos, de cães, gatos e/ou de outros animais que são potenciais causadores de zoonoses.

No caso das crianças deste estudo, apenas uma criança não tinha o hábito de andar descalça e, nas demais, a exposição ao solo pode ser ainda maior, pois moram na zona rural e têm a terra como principal fonte de brincadeiras.

Eu acho que pega pelo chão. Eu acho que comer coisa sem lavar é que pega isso. Porque eu não vou dizer a você que a gente não come as coisas sem lavar. Mão suja, né? Tá com a mão suja e pega os alimentos, isso pode causar verme. Porque quem mais come as coisas sem lavar sou eu (risos). Então

eu acho que seja isso (Diário de campo do encontro com Isabella).

Isabella assumiu que os hábitos dela são fatores de risco para a infecção parasitária. Porém, apesar de ter essa percepção, os mesmos hábitos foram mantidos e, possivelmente, serão repassados para os filhos. Isso acontece, pois, a tendência é que os filhos reproduzam os costumes dos pais/cuidadores. Teixeira *et al.* (2011) afirmaram que os hábitos de higiene são herdados pelas mães em seu convívio com a família e repassados aos seus filhos. Esses saberes, relacionados ao cuidado, dependem das transferências intergeracionais, das condições socioeconômicas, condições ambientais e das condições culturais, que influenciam no modelo de cuidado das famílias.

[...] Pra evitar, botou a mão no chão, na hora que for merendar, lanche, almoçar, qualquer coisa, lavar as mãos antes. Pra usar o banheiro tem que lavar as mãos, né não? Quando você chega da escola, larga suas coisas, troca sua roupa, lava suas mãos e vai caçar [procurar] uma merenda, lanche, almoçar, não sei (Diário de campo do encontro com Eloísa).

Eu tô evitando, dando água filtrada a ela, e evitando que ela ande descalça. Ela anda muito descalça (Diário de campo do encontro com Larissa).

Apesar de perpetuar hábitos higiênicos inadequados, as entrevistadas também alegaram induzir as crianças a usar meios de prevenção para evitar a infecção parasitária, como: "ficar calçado", "lavar as mãos" e "tomar água filtrada". De acordo com a racionalidade biomédica, as medidas profiláticas são fundamentais e simples, mas, muitas vezes, difíceis de serem incorporadas à rotina da população. A pouca atenção às medidas profiláticas gera a sustentação de contaminação do meio e a reinfecções, uma vez que o homem pode ser a principal fonte de contágio. Desta forma, destaca-se que a profilaxia das parasitoses intestinais envolve a abordagem do problema médico e do problema socioeconômico (Chehter; Cabeça; Catapani, 1995). Segundo o prisma socioantropológico, limpeza e sujeira são símbolos

construídos no âmbito sociocultural e nem sempre associados ao conhecimento técnico-científico. As medidas profiláticas podem denotar diferentes graus de importância para pessoas de situações sociais e culturais distintas; enquanto as ações de limpeza podem significar a assepsia completa do espaço para uma pessoa, para outra podem denotar, simplesmente, a retirada da sujeira, o afastamento daquilo que afeta a ordem do ambiente (Douglas, 1991). Com base nessas premissas, compreende-se "que as práticas de higiene são formadas a partir da interação de diversos sistemas simbólicos, em que os saberes se misturam e se dividem entre o êmico e o ético, o popular, o tradicional e o técnico-científico" (Minnaert; Freitas, 2010, p. 1612).

Eu sei que ela tá com verme. Tá emagrecendo, sem querer comer. Agora ela já tá fortinha. Antes ela tava no quarto e ficava rangendo os dentes. Fiz o exame e mostrei ao médico (Diário de campo do encontro com Eloísa).

A não adoção de medidas profiláticas reflete nos índices endêmicos das parasitoses intestinais e, individualmente, no elevado grau de recidiva (Chehter; Cabeça; Catapani, 1995). Por essa possível influência, as cuidadoras perceberam alguns sinais de que as crianças estavam com infecção parasitária.

O médico explicou que não tinha nada, não era coisa perigosa. Falou com a minha menina [mãe da criança]. Disse que tinha sido um problemazinho, que eu chegasse na farmácia desse um remédio. Isso mesmo eu fiz. Não me causou preocupação, não (Diário de campo do encontro com Isabella).

Após receber o diagnóstico de que seu neto estava com uma parasitose, a entrevistada não demonstrou preocupação ou aflição durante o processo de cuidado, pois foi assegurada pelo médico de que a infecção tinha tratamento e cura. Tomando por base esse relato, observa-se o quanto a entrevistada depositou confiança no médico. Segundo Almeida (2012), esta confiança baseia-se, essencialmente, na convicção de que o médico detém os conhecimentos necessários à resolução de seu problema e que o respeito do médico ao paciente

é fundamentado nos princípios éticos da beneficência e da não-maleficência.

### Racionalidades e práticas terapêuticas

Segundo Kleinman (1978), as pessoas possuem três alternativas de assistência à saúde: informal, popular e profissional. A informal refere-se ao campo leigo, constituído por vizinhos, amigos, parentes e grupos de autoajuda como os principais agentes de cuidados. Nesse grupo está incluído a automedicação e o autotratamento, no qual as recomendações e crenças quanto à estrutura e funcionamento do corpo, origem e natureza das doenças, são baseadas no senso comum. No que diz respeito à alternativa popular, esta se baseia nos tipos de curandeiros e seus métodos específicos de cura. E por fim, a alternativa profissional, que compreende as profissões reconhecidas, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros. Essas três alternativas de assistência à saúde, nitidamente, fazem parte da construção cotidiana dos itinerários terapêuticos.

Depois que eu descobri levei ele no posto de saúde, que foi quando o médico passou o remédio (Diário de campo do encontro com Bianca).

Eu levei no médico e o médico passou remédio, no posto aí de cima (Diário de campo do encontro com Eduarda).

Nota-se, a partir das falas, que as cuidadoras recorreram à alternativa profissional como busca terapêutica para seus filhos. Práticas como essa, ainda são comuns entre os itinerários terapêuticos, pois a legitimidade da biomedicina está enraizada na sociedade de forma a ofuscar as outras práticas médicas (Trad, 2015). Logo, o médico figura-se como o detentor da resposta terapêutica mais adequada para o alcance de sucesso no controle das parasitoses intestinais.

No estudo de Mattosinho e Da Silva (2007), sobre o itinerário terapêutico de adolescentes com diabetes *mellitus*, destacou-se o uso da abordagem do sistema informal simultaneamente ao popular e ao

profissional, pois estes utilizavam terapia natural concomitante à biomedicina, como, o uso dos chás, insulina e benzedadeiras.

Não dou chá não, só dou dipirona. Diz o povo que não pode dar chá não, que ela não gosta de chá. Reza, essas coisas eu não acredito não. Nunca dou remédio caseiro assim não (Diário de campo do encontro com Eloísa).

É possível observar no relato de Eloísa, uma resistência ao uso de outro método de cuidado, para além do medicamentoso. Isso acontece, pois as mães não recebem orientação sobre a existência e a eficácia das terapias alternativas e complementares, o que dificulta a adesão das mesmas. A atividade anti-helmíntica de plantas é bem conhecida na medicina tradicional, em muitas regiões do mundo, e são utilizadas por comunidades diversas, que socializam conhecimentos adquiridos, e deixam um legado para as futuras gerações (Batista *et al.*, 2019). O modo de ação e/ou o princípio ativo que causa danos aos parasitos intestinais são objetos de investigações com resultados promissores (Sousa *et al.*, 2013). Em geral, estas preparações mostraram poucos efeitos colaterais, níveis de toxicidade baixos, indicando segurança no seu uso; baixo custo e fácil acesso, sendo, às vezes, a única opção de tratamento em regiões pobres.

Eu acho que o chá ajudaria, porque às vezes a gente tá com uma dor de barriga e toma o chá e alivia. Mas, depende da fé? Você não vai fazer nada sem a fé que você não vai ter a cura. Disse o povo, que o chá bom é o maxixe pequenininho para essa caseira, eu não dei não, mas eu vejo o povo falar que é muito bom (Diário de campo do encontro com Isabella).

Apesar de não ter utilizado o chá como alternativa terapêutica, Isabella reconheceu que esta seria uma boa opção no tratamento de uma determinada parasitose, porém, por falta de mais informações e de orientação de um profissional da saúde, ela optou pelo uso do fármaco. Ainda nesta análise, pode-se observar algo muito interessante na abordagem que a entrevistada trouxe, ao referir-se a "fé", como algo predisponente ao tratamento e a cura. De modo semelhante ao

ponto de vista da entrevistada, Fish (1988) argumentou que a potência da cura está na própria fé, portanto, para alguns, a atuação dos chás seria idêntica ao uso do placebo (substância sem princípio ativo, na qual os pacientes acreditam haver potência para curá-los de suas enfermidades).

### Avaliação da experiência

A Unidade Saúde da Família (USF) de atendimento da área de abrangência da comunidade Rio do Onha é a USF Alto do Morro. A equipe dessa unidade é formada por um médico, um enfermeiro, três técnicas de enfermagem, três assistentes administrativos e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – na microárea da comunidade do Rio do Onha, dois ACS eram responsáveis por realizarem as visitas domiciliares, no período do estudo. Essa unidade subdivide-se em outras quatro, chamadas de itinerantes, que se localizam nas seguintes regiões: Cruzeiro do Riachão, São Bartolomeu, Riacho Dantas e Camaçari. A Unidade Itinerante Riacho Dantas é a que os moradores da comunidade Rio do Onha frequentam, tendo em vista a maior proximidade, ao comparar-se com as demais.

De acordo com Silva *et al.* (2009), o atendimento médico-hospitalar nas comunidades rurais é insuficiente quando comparado ao fornecido nas áreas urbanas. Isso advém da menor demanda e oferta dos serviços de saúde nesta região. Como pontuam Travassos e Viacava (2007), a demanda é pequena devido, principalmente, ao problema de acesso das pessoas à USF que, por vezes, localiza-se à grande distância geográfica. Além dessas dificuldades, o acesso pode ser prejudicado mediante diversas circunstâncias de caráter pessoal e logístico, tais como: horário, tempo, transporte, dentre outros.

Neste contexto, a população pode contar com o apoio do ACS responsável pelas visitas domiciliares da sua microárea. O ACS deve desenvolver ações que visem a conexão entre a equipe de saúde e a população e desempenhar inúmeras outras funções, dentre elas: ana-

lisar as necessidades da comunidade; atuar nas ações de controle de doenças, promoção e proteção da saúde; e orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis (Brasil, 2000).

Diante do exposto, observa-se por meio da fala da entrevistada que o ACS responsável pela comunidade Rio do Onha, não têm cumprido com suas funções, no quesito visita doméstica periódica, para acompanhar as famílias em suas particularidades de saúde. Por outro lado, entende-se que, no tocante ao trabalho rural do ACS, um dos seus principais desafios é o acesso aos domicílios rurais, que geralmente são distantes ou quase intransitáveis, pois são muito comprometidos pelas estradas inóspitas e em um relevo acentuado - como são características da comunidade estudada. Situação esta, que, normalmente, não se aplica à realidade vivenciada na zona urbana (Baptistini; Figueiredo, 2014).

Ele tá a merma coisa. Eu não comprei o remédio dele, porque tô sem dinheiro. O pai não ajuda a dar nada. Aí, às vezes, eu compro uma coisa e compro outra. Aí muitas vezes, tenho que dar tudo. De sandália. De comida. De tudo, sozinha (Diário de campo do encontro com Maísa).

Para além da perspectiva do cuidado, atribuído às organizações de assistência à saúde, há o cuidado parental, ou seja, atribuído aos pais. Por meio da fala de Maísa, pode-se observar que essa família é do tipo monoparental, em que apenas a figura da mãe aparece como provedora do lar, enquanto a participação do pai é inexistente na criação do filho e na manutenção da família. Sabe-se que, na maioria dos rompimentos das relações conjugais, ocorre também a quebra ou a supressão do sustento econômico, até com o não recebimento de pensão alimentícia para os filhos pelos pais (Weber, 2000). A falta de informação das mulheres sobre seus direitos e os de seus filhos, a falta de recursos do ex-companheiro e a visão tradicional de que filho é responsabilidade da mulher podem ser os motivos. Pacheco (2005) ainda complementa que, mesmo diante do reconhecimento da relevância do papel do pai no processo de desenvolvimento dos filhos, muitos deles deixam de procurá-los. Dessa forma, o desamparo não se caracteriza

tão somente à falta de apoio financeiro por parte dos pais, mas abarca também a falta de afetividade para com as crianças.

Poder fazer eu até queria, mas como? Eu dependo da Bolsa Família, tenho que levar pra roça e por isso ela pega esses negócios [parasitos] (Diário de campo do encontro com Bianca).

Sem ter condições financeiras suficientes, algumas mães deixam de fazer o tratamento dos filhos. O sentimento de impotência assola-as, como observado no relato de Bianca: "Poder fazer, eu até queria, mas como?". O desejo dessa mãe mostra-se frustrado devido ao cenário em que ela vive: Bolsa Família<sup>4</sup> insuficiente para suprir as necessidades básicas e a lavoura como segunda alternativa na busca por recursos financeiros.

O remédio que eu dei, foi ótimo, melhorou e nunca mais sentiu dor de barriga. Até as manchinhas na pele que ela tinha, sumiu. Foi bom esse remédio, gostei (Diário de campo do encontro com Larissa).

Ela [filha] tá melhor, não tá sentindo nada. Nem comendo tava. O remédio ajudou a melhorar (Diário de campo do encontro com Eduarda).

As mães que fizeram o tratamento conforme solicitado pelos médicos, baseando-se no método alopático, identificaram a recuperação das crianças como satisfatória, pois elas não apresentaram mais a sintomatologia da parasitose. De acordo com Alves e Silva (2003), com o advento da medicina alopata no Brasil, o emprego de outras práticas terapêuticas advindas da cultura popular, bem como, as ervas para fins medicinais empregadas pelos indígenas e outras técnicas trazidas pelos portugueses e por africanos escravizados, foram deixadas de lado. Apesar de ambos medicamentos, alopáticos e homeopáticos serem importantes por terem seu papel e finalidade no mundo atual, o de beneficiar o ser humano, os medicamentos alopáticos, ainda assim, são colocados em destaque, por serem os de uso mais difundido no Ocidente e os que possuem maior expressão econômica no mundo (Palmeira Filho; Pan, 2003).

<sup>4</sup> Bolsa Família é um programa do Governo Federal de transferência de renda para cidadãos em situação de pobreza.

Sob essa ótica, identifica-se que essas mães utilizaram a alopatia como principal método terapêutico, pois depositaram uma crença maior no saber médico pelo qual foram instruídas a buscar o cuidado medicamentoso.

## Conclusões

O presente capítulo constatou que os itinerários terapêuticos aconteceram de forma similar entre as cuidadoras entrevistadas, favorecidos pelo nivelamento e classificação das famílias, como sendo de uma mesma região geográfica e de classe econômica baixa. Os achados indicam que a tomada de decisão na determinação do cuidado foi influenciada, diretamente, pelo contexto no qual estavam inseridas, por suas condições simbólicas, socioculturais e econômicas.

Por desconhecerem os benefícios das terapias alternativas, recorreram aos aparatos biomédicos como principal fonte de tratamento e informação. Optam pelas ações curativas, pois detêm a confiança primária no tratamento biomédico. Essa confiança pode ser proveniente dos resultados adquiridos quando interagem com a cultura médica, que está representada pela terapêutica medicamentosa e pela legitimação social de que esses são os melhores métodos para curar pessoas com doenças, como as infecções enteroparasitárias.

Apesar dos sistemas terapêuticos formais serem os mais utilizados pelas entrevistadas, foi possível visualizar que o itinerário terapêutico seguiu acompanhado por significados individuais, múltiplos e plurais, com atribuições conferidas pelas interpretações pessoais e também pela associação com as interpretações das redes sociais em que as mesmas estavam inseridas, as quais fogem do contexto construído, por uma visão utilitarista e reducionista do comportamento dos sujeitos com relação a esta trajetória terapêutica.

Observou-se a necessidade de um ACS mais presente no atendimento das demandas de saúde desta comunidade. Isso demonstra relevante importância destes agentes, em conjunto com os demais profissionais de saúde, na busca por interação com a população, de

modo a promover uma troca de saberes e ampliação da sensibilidade aos métodos peculiares de conceber saúde e construir o cuidado a partir da perspectiva sociocultural. Dessa forma, seria possível desnaturalizar os impasses da carente prestação de serviços de saúde nessa área de abrangência, de modo a possibilitar uma maior atenção integral à saúde.

Salienta-se que a descentralização do sistema de saúde, a formação adequada de equipes para atuar em municípios e comunidades endêmicas e o envolvimento total das populações interessadas são fatores importantes e indispensáveis para se conseguir resultados eficazes e duradouros com relação aos programas em que o controle de parasitoses entéricas estejam envolvidos.

Com base nessas premissas, conclui-se que as investigações sobre itinerários terapêuticos contribuem para a melhoria do serviço de saúde, pois possibilitam conhecer além dos fatores físicos, químicos e biológicos dos usuários, o contexto simbólico, sociocultural e econômico, que influenciam diretamente no processo cuidado-saúde-doença. Também, o itinerário terapêutico pode demonstrar a potencialidade que o paciente tem para participar do processo de escolha do tratamento e de compreender que além de fazer parte do problema, ele também deve fazer parte da solução. Pois, os padrões de comportamento social necessitam ser modificados e praticados para que a reabilitação ocorra de forma satisfatória.

## Referências

ALMEIDA, G. B. S. *et al.* Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo. **Rev. Mineira de Enf.**, v. 17, n. 1, 2012.

ALVES, A.; SILVA, M. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm**, v. 37, n. 4, p. 85-91, 2003.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: Considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.

ANDRADE, R. S. *et al.* Presence of enteroparasites in the environment and the resident population in a rural community in Santo Antônio de Jesus in the Recôncavo da Bahia, Brazil. **Rev. Patol. Trop.**, v. 47, p. 31-45, 2018.

BATISTA, L. P. A. *et al.* Levantamento de plantas medicinais utilizadas contra parasitoses e verminoses intestinais no município de Atalaia do Norte-AM. **Biota Amazônia**, v. 9, n. 2, p. 35-39, 2019.

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente Comunitário de Saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 53-70, 2014.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde e comunidade. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

CAMPOS FILHO, P. C. *et al.* Parasitas zoonóticos em fezes de cães em praças públicas do município de Itabuna, Bahia, Brasil. **Veterinary Parasitology**, v. 17, n. 4, p. 206-209, 2008.

CARLI, G. A.; TASCA, T.; MACHADO, A. R. L. Parasitoses Intestinais. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas e atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 1465-1475.

CELESTINO, A. O. *et al.* Prevalence of intestinal parasitic infections in Brazil: a systematic review. **Rev. Soc. Bras. Med Trop.**, v. 54, 2021.

CHEHTER, L.; CABEÇA, M.; CATAPANI, W. R. Parasitoses intestinais. **Rev Bras Med**, São Paulo, v. 51, p. 126-132, 1995.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo: ensaio sobre a noção de poluição e tabu**. v. 70. Rio de Janeiro: Edições, 1991.

FACO, V. M. G. **Famílias de zona rural e urbana: características e concepções de adolescentes**. 2007. 131 f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", São Paulo, 2007.

FERREIRA, H. *et al.* Enteroparasitoses e déficit nutricional em crianças hospitalizadas, Guarapuava, Estado do Paraná, Brasil. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 28, n. 2, p. 113-117, 2006.

FISH, J. M. **Placebo Terapia: a Fé no Processo de Cura.** Tradução: GOMES, J. C. V. Campinas: Papuris, 1988.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. Med. Part. B: Medical Anthropology**, v. 12, p. 85-93, 1978.

MARTINS, M. F. D. *et al.* Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, RS, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 710-718, 2004.

MATTOSINHO, M. S.; SILVA, D. V. da. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 15, n. 6, p. 1113-1119, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1996.

MINNAERT, A. C. S. T.; FREITAS, M. C. S. Práticas de higiene em uma feira livre da cidade de Salvador (BA). **Cien Saude Colet**, v. 15, p. 1607-1614, 2010.

NEVES, D. P. *et al.* **Parasitologia humana.** 13. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2016.

PACHECO, A. L. P. B. **Mulheres pobres e chefes de família.** 2005. 253 f. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PALMEIRA FILHO P. L.; PAN S. S. K. Cadeia farmacêutica no Brasil: avaliação preliminar e perspectivas. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 3-22, 2003.

PASSOS, A. S. et al. Enteric parasites and socio-epidemiological variables in an academic community. *J Trop Pathol*, v. 50, n. 2, p. 163-178, apr./jun. 2021.

PIZA, E.; ROSEMBERG, F. Cor nos censos brasileiros. *Rev. USP*, n. 40, p. 122-137, 1998/99.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda., 1999. 600 p.

SILVA, E. F. da et al. Enteroparasitoses em crianças de áreas rurais do município de Coari, Amazonas, Brasil. *Rev. Pat. Trop. Amazonas*, v. 38, n. 1, p. 35-43, 2009.

SILVA JÚNIOR, N. D.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO, F. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. *Rev. Eletrônica Discente História.com*, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2013.

SOUSA, R.G. et al. Atividade anti-helmíntica de plantas nativas do continente americano: uma revisão. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Campinas, v. 15, n. 2, p. 287-292, 2013.

TEIXEIRA, E. et al. Cuidados com a saúde da criança e validação de uma tecnologia educativa para famílias ribeirinhas. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 64, n. 6, p. 1003-1009, 2011.

TORRES, J. V. P. **Avaliação epidemiológica de parasitoses intestinais entre escolares assistidos por microáreas de unidades de saúde da família em Campo Belo – MG.** 2006. Dissertação (Ciência da Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano 2006.

TRAD, L. A. B. Itinerários terapêuticos: Questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade. In: CASTELLANOS, M. E. P.; TRAD, L. A. B.; JORGE, M. S. B.; LEITÃO, I. M. T. A. **Cronicidade: experiência de adoecimentos e cuidados sob a ótica das ciências sociais.** Fortaleza: Edvece, 2015.

TRAVASSOS, L.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VASCONCELOS, I. A. B. et al. Prevalência de parasitoses intestinais entre crianças de 4-12 anos no Crato, Estado do Ceará: um problema recorrente de saúde pública. **Acta Sci. Health Scis**, v. 33, n. 1, p. 35-41, 2011.

VISSER, S. et al. Estudo da associação entre fatores socioambientais e prevalência de parasitose intestinal em área periférica da cidade de Manaus (AM, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3481-3492, 2011.

WEBER, L. N. D. Os filhos de ninguém: abandono e institucionalização de crianças no Brasil. **Conjuntura Social**, v. 20004, n. 4, p. 30-36, 2000.

ZEIBIG, E. A. **Parasitologia Clínica: Uma abordagem clínico-laboratorial**. Tradução: Adriana Pittella Sudré. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

# Tecnologia da informação na APS e a covid-19

*Andrezza Lima Muricy  
Elaine Nunes Pacheco  
Paula Hayasi Pinho  
Helena Moraes Cortes*

Em março de 2020, a doença causada pelo novo coronavírus, Covid-19, foi caracterizada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Com a adoção das medidas restritivas e de isolamento social, devido à Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), os serviços de saúde também precisaram se adequar (OMS, 2020).

Durante a pandemia, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode reforçar os seus atributos de primeiro contato da rede de saúde, assistência prestada com integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Muitos usuários tiveram os primeiros sintomas suspeitos identificados pelas equipes da APS, potencializando a vigilância desses casos, a educação da população para o distanciamento social e a identificação de situações de risco e vulnerabilidades que necessitavam de uma articulação com outros serviços (Medina *et al.*, 2020).

Objetivou-se relatar as ações de (re)organização da APS utilizando ferramentas de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) no acompanhamento de usuários durante a pandemia de Covid-19, desenvolvido em Camaçari, na região metropolitana de Salvador.

Camaçari, localizada no estado brasileiro da Bahia, apresenta uma população estimada de 297 mil habitantes, distribuídos entre a orla - com forte perfil turístico -, e a sede do município, com uma concentração de trabalhadores das indústrias, devido ao polo petroquímico. A Secretaria Municipal de Saúde organiza o território em distritos e regiões de saúde. Uma destas, a região 4, situa-se na sede e abarca uma população com grande vulnerabilidade socioeconômica, possuindo o diferencial de ter as equipes de saúde da família forma-

das pelo Programa Integrado de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF SUS) e Fiocruz – Bahia (Camaçari, 2020). No dia 20 de março, o município decretou situação de emergência e suspendeu, no contexto da saúde pública, as consultas programadas e atividades em grupo (Bahia-Camaçari, 2020).

As consultas programadas, em geral para usuários com doenças crônicas ou em acompanhamento longitudinal, foram suspensas para evitar a circulação das pessoas que faziam parte do grupo de risco. Além disso, os serviços de Atenção Básica (AB) organizaram a estrutura e a equipe para identificação precoce e isolamento nos casos de síndrome gripal, que poderiam se configurar como potenciais portadores de coronavírus.

Diante do cenário imposto pela pandemia de Covid-19, representantes do corpo pedagógico do Programa Integrado de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF SUS) e Fiocruz - Bahia, compostos por preceptores de equipes multiprofissionais e coordenadores dos campos de prática, buscaram estratégias de atuação singulares, considerando o Projeto Político Pedagógico do programa de residências, para a (re)organização das Unidades de Saúde da Família (USF) e enfrentamento à pandemia.

As modificações dos fluxos do município nas unidades de saúde e o contexto singular de um programa de residências impulsionaram a necessidade de se construir um grupo de trabalho (GT) que pudesse acompanhar essas mudanças, planejar e reestruturar o processo de trabalho nas seis unidades que eram palco do programa de residências. Criou-se o “GT de Crise” composto por representantes do corpo pedagógico de cada unidade, pelo menos um preceptor médico ou multiprofissional, juntamente, com a coordenadora dos campos de prática da residência e, em alguns momentos, representantes da gestão da atenção básica municipal.

Este estudo é um relato descritivo da experiência desse grupo de trabalho, considerando os produtos das discussões em reuniões

periódicas, com destaque aos instrumentos e fluxos para organização dos serviços que exploraram o uso das TIC; as particularidades do contexto de cada USF; e as diretrizes municipais de enfrentamento à pandemia.

### **Usuários suspeitos ou confirmados de covid-19**

A primeira proposta que surgiu para o uso de TIC foi o monitoramento telefônico dos pacientes atendidos nas USF com suspeita ou confirmação de covid-19, tendo como referência as recomendações do Ministério de Saúde (Brasil, 2020a). Desta forma, foi possível preservar o isolamento domiciliar destas pessoas, garantindo-lhes atendimento, com vistas a identificar sinais de gravidade e realizar encaminhamentos oportunos para serviços de referência. À medida que os usuários eram atendidos na USF, era preenchida uma ficha de identificação dos usuários e os mesmos atendidos pela equipe. Considerando-se os cuidados impostos pelo panorama pandêmico e as dimensões continentais do Brasil, as TIC podem se configurar em ferramentas valiosas para desfechos terapêuticos favoráveis (Azevedo *et al.*, 2019).

Durante os (tele) atendimentos, os usuários eram avaliados no que se refere aos sinais e sintomas e, se confirmada a suspeita inicial de covid-19, realizava-se a classificação de riscos e enquadrava-se (ou não) nos critérios para realização de testes rápidos para o coronavírus. Os usuários também eram orientados sobre sinais de gravidade e a importância do isolamento dele e dos contatos domiciliares, com a assinatura de um termo de consentimento do isolamento domiciliar.

Após o (tele)atendimento, a equipe organizava os dados dos usuários em uma planilha de monitoramento. A cada dois dias, o usuário era contatado pela equipe da USF para avaliação da evolução dos sintomas, esclarecimentos de dúvidas e reforço das orientações de isolamento. Os contatos eram registrados na planilha de acompanhamento e o registro do (tele)atendimento no prontuário ou ficha de atendimento dos usuários.

Esse protocolo era realizado até o usuário completar quatorze dias de sintomas e estar assintomático, quando era liberado do isolamento domiciliar, mas era orientado a manter as medidas de higiene e distanciamento social. Caso fosse necessário, quando cursava com piora ou manutenção dos sintomas por mais de quatorze dias, esse usuário poderia ser reconvocado na USF para uma avaliação presencial ou a própria equipe multiprofissional realizava visita domiciliar, a depender da gravidade do caso.

Para realização do acompanhamento telefônico, a equipe utilizava o telefone fixo disponível na USF, que só realiza chamadas para outros telefones fixos e muitos usuários só dispõem de telefone celular, sendo necessário os profissionais utilizarem seus telefones pessoais para este trabalho. Também foi necessária a divisão de tarefas entre os diversos profissionais das equipes, com estes se revezando em escalas, entre o atendimento presencial e o monitoramento telefônico realizado por médicos, enfermeiros e dentistas. Nesse sentido, uma ferramenta que se mostrou fundamental para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus foi a telessaúde (Caetano *et al.*, 2020).

### **Monitoramento de usuários dos grupos prioritários**

Com a suspensão do funcionamento de algumas atividades da USF, a equipe encarou o desafio de manter a assistência de usuários que não poderiam interromper o acompanhamento profissional, - gestantes, hipertensos, diabéticos descompensados, pessoas com transtorno mental, crianças em situações de vulnerabilidade -, entre outras situações comuns no escopo de trabalho da atenção básica. Então, além da busca ativa dos agentes comunitários de saúde (ACS), uma opção seria manter o contato telefônico com esses usuários.

Em geral, cada equipe da USF é responsável por uma média de quatro mil pessoas, com diversos problemas e necessidades de saúde. Não seria possível realizar o monitoramento telefônico de todas as pessoas do território, era necessário pensar então em uma estratégia de estratificação de risco, para identificar os usuários que melhor

se beneficiariam do acompanhamento telefônico. Assim, as equipes organizaram listas por problemas ou condições de saúde e, com a ajuda dos ACS, identificaram quais os pacientes com maior gravidade ou, situação de vulnerabilidade mais importante e que deveriam ser contatados pela equipe.

Os profissionais incluíram na sua agenda de atividades da USF turnos específicos, durante a semana, para o atendimento telefônico dessas pessoas, da mesma forma que no monitoramento de pacientes diagnosticados com covid-19, na maioria das vezes precisaram utilizar recursos próprios para conseguir entrar em contato com os usuários. Para tanto, alguns roteiros de entrevista foram elaborados para facilitar a avaliação dos usuários por condição de saúde, mas todos sempre eram questionados sobre sintomas de síndrome gripal e orientados a manter o distanciamento social. Durante a ligação telefônica, era verificada se havia alguma situação que necessitava de avaliação presencial ou demandas que poderiam ser resolvidas por um "portador" no caso de grupos de risco, como renovação de receitas, relatórios médicos ou busca de medicamentos.

### **Fluxo do telemonitoramento dos grupos prioritários**

Em relação ao fluxo de tele monitoramento, os profissionais tinham um turno semanal, em regime de escala, para acompanhamento. Durante a reunião de equipe, os casos prioritários para o atendimento remoto eram definidos e distribuídos entre os profissionais que semanalmente realizavam o tele monitoramento. Foi criado então um formulário no Google Docs® com perguntas semiestruturadas para o preenchimento durante o contato telefônico.

Além disso existia, no *e-mail* institucional da USF, uma planilha geral de acompanhamento dos grupos prioritários para consulta rápida. Se houvesse necessidade de avaliação, orientava-se procurar acolhimento no serviço. Quando se identificava descompensação da doença de base, agendava-se para atendimento presencial o mais breve possível. Estes atendimentos eram realizados seguindo as re-

comendações de segurança para profissionais e pacientes, os quais antes de adentrar a unidade de saúde eram questionados sobre sintomas suspeitos e aferida temperatura, em caso de alterações era direcionado para avaliação de uma equipe, em sala reservada. Além disso, as consultas eram marcadas com horários espaçados para evitar aglomerações, os profissionais utilizavam avental e máscara cirúrgica e, a depender da necessidade de exame físico, outras precauções eram adotadas como luvas, gorro, máscara N95 e protetor facial (Brasil, 2020b). Além das questões realizadas para todos os usuários, outros pontos eram abordados em cada grupo prioritário (Quadro 01).

**Quadro 01:** Perguntas específicas para cada grupo prioritário

Usuários com diabetes e hipertensão	Questionar sobre validade das receitas para usuários com medicação de uso contínuo. Informar prazo de oito meses da validade das receitas; Avaliar adesão medicamentosa; Realizando cuidado alimentar? Monitorar descompensação da doença de base.
Gestantes	Calcular idade gestacional e atentar para a data provável do parto, para o planejamento das consultas e orientações para gestante; Sintomas: sangramento, perda de líquido, corrimento vaginal, queixas urinárias, movimento fetal; Uso de sulfato ferroso e ácido fólico; Calendário Vacinal; Orientações sobre alterações bucais; Exames pendentes ou resultados.
Puericultura	Aleitamento materno; Queixas agudas; Calendário vacinal. Saúde Bucal. Checar se Triagem neonatal foi realizada.
Saúde mental, esportricose, hanseníase, tuberculose	Adesão medicamentosa; Aparecimento de novos sintomas; Descompensação da doença de base.

**Fonte:** Elaborado pela equipe de preceptores de Camaçari do Programa Integrado de Residências da FESFSUS e Fiocruz-BA (2021).

A periodicidade do contato telefônico por linha de cuidado seguiu os seguintes critérios (Quadro 02).

**Quadro 02:** Periodicidade de contato via telemonitoramento por linha de cuidado.

Linha de cuidado	Periodicidade
Pré-natal	Até 27 semanas: Consulta mensal. 28 a 36 semanas: Consulta presencial mensal e contato telefônico quinzenal. A partir de 37 semanas: consulta quinzenal e contato telefônico semanal. Garantir ao menos uma consulta/compartilhada de orientação e avaliação da saúde bucal.

Visita domiciliar	Avaliar gravidade para frequência de contato telefônico ou realização de visita.
Saúde mental	Avaliar gravidade para frequência de contato telefônico ou realização de consulta.
Hipertensos e Diabéticos	Avaliar gravidade para frequência de contato telefônico ou realização de consulta.
Doenças infecciosas	Consulta Mensal com marcação pelo telefone para avaliação, acompanhamento e entrega da medicação.
Puericultura	Garantir primeira consulta do RN e do primeiro mês. Realizar contato telefônico para crianças com: 2 meses; 4 meses; 6 meses; 09 meses e 01 ano, para avaliar atendimento presencial. Garantir ao menos uma consulta/compartilhada de orientação e avaliação da saúde bucal, em caso de queixa.
Planejamento familiar	Orientar pacientes da duração da receita. Renovação de receitas no acolhimento. Caso haja introdução de nova medicação, monitorar por contato telefônico.
Papanicolau	Suspensos. Exceto se houver exame preventivo de câncer de colo de útero anterior com lesão precursora.
Saúde bucal	Suspensos atendimentos eletivos. Em caso de queixas agudas, orientar o paciente buscar a unidade em horário previamente marcado.

Fonte: Elaborado pela equipe de preceptores de Camaçari do Programa Integrado de Residências da FESFSUS e Fiocruz-BA (2021).

## Aplicativo de mensagens

Com o início do uso do telefone para o contato com os usuários, algumas dificuldades foram percebidas. Muitos usuários não possuíam telefone, alguns não atendiam por ser número desconhecido, outros tinham fornecido os números de telefones de pessoas da sua rede de apoio, como vizinhos e familiares. Além disso, a equipe precisava arcar com as despesas das ligações para os usuários, já que na USF só era possível realizar ligação para telefone fixo, o que poucas pessoas dispunham.

Criou-se um perfil para a USF em um aplicativo de mensagens instantâneas. Dessa forma, era possível utilizar a internet *wi-fi* disponível na USF, divulgar o número de telefone para a comunidade, reconhecer como um canal de comunicação com a equipe e receber mensagens dos usuários - mesmo os que não estavam no planejamento do monitoramento telefônico - podendo identificar situações novas de risco que surgiram com a pandemia.

O aplicativo de mensagens tornou-se uma das ferramentas de trabalho da equipe, tornando possível esclarecer dúvidas, receber imagens de exames, receitas ou até lesões que os usuários têm dificuldade de explicar verbalmente por telefone. Também foi possível compartilhar informações de saúde e funcionamento do serviço, agendamento de consultas e ou visitas domiciliares. Para facilitar o uso do aplicativo, a equipe configurou alguns grupos de usuários, etiquetas para classificar as mensagens como urgentes, pendentes ou finalizadas, além de uma pesquisa de satisfação para os usuários avaliarem o uso da nova ferramenta pela equipe.

Os aplicativos de mensagens foram relatados como experiências exitosas nas intervenções no campo da saúde mental comunitária, fortalecendo o vínculo entre equipe e usuário e favorecendo significativamente a adesão a terapia medicamentosa (Azevedo *et al.*, 2019).

Em relação ao acompanhamento dos usuários adscritos às UBS, durante as reuniões do "GT de Crise", os preceptores compartilharam as experiências vivenciadas e construíram linhas guias ajustadas, considerando-se as singularidades de cada USF, utilizando-se as TIC como uma ferramenta potente para garantir o acompanhamento dos usuários pelas suas equipes na modalidade à distância. Além de proporcionar alguns canais de acesso e comunicação entre usuários e profissionais, o teleatendimento evitou a circulação de pessoas, respeitando o isolamento social, e desempenhou um papel importante no acompanhamento longitudinal aos usuários adscritos a cada área de abrangência do município estudado.

## Referências

AZEVEDO, R. M. L., *et al.* Tratamento Gravado em Vídeo Diretamente Observado: uma ferramenta possível em saúde mental. **Mudanças**, v. 27, n. 2, p. 35-38, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTTrnYRw98Rz-3drwpJf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

CAMAÇARI. **Decreto nº 7315/2020 de 20 de março de 2020**. Declara situação de emergência no Município de Camaçari, estabelece medidas complementares de prevenção e enfrentamento à pandemia decorrente do COVID-19 e dá outras providências. 2020. Disponível em: <http://www.camacari.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/diario-1377-assinado.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2021.

CAMAÇARI. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2018. 142 pg.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 20 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812).



# **Estresse ocupacional na APS: recomendações aos profissionais**

*Elaine Nunes Pacheco  
Paula Hayasi Pinho*

Este texto é um produto, oriundo da pesquisa de mestrado profissional em saúde da família intitulada: “Modelo JDR e o estresse ocupacional dos profissionais da Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa convergente assistencial”, que buscou analisar as demandas e os recursos, sob a ótica do modelo JDR, no contexto de trabalho da APS, ancoradas na psicologia positiva. Constitui uma cartilha de recomendações que visa propor medidas para intervir e diminuir o estresse ocupacional dos profissionais da APS.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de práticas que visam prestar assistência integral aos usuários de um determinado território, de forma individual e coletiva, com foco em prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. É considerada como principal estratégia para organização do modelo de atenção baseado na vigilância em saúde, sendo ordenadora para os demais níveis de atenção do sistema de saúde, por ser considerada a porta de entrada dos usuários (Giovanella; Mendonça, 2013; Brasil, 2011).

A grande complexidade do trabalho na Atenção Básica (AB) engloba o desafio de protagonizar uma mudança de modelo em saúde e as diversas atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). São elas: definição do território e territorialização, a responsabilidade sanitária, porta de entrada preferencial, adscrição de clientela, acesso, acolhimento, trabalho em equipe multiprofissional, resolutividade, prestar 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, desenvolver ações de prevenção de doenças (primária, secundária, terciária e quaternária), desenvolvi-

mento de ações educativas, desenvolvimento de ações intersetoriais, implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão (como gestão coparticipativa e controle social), planejamento local em saúde, implantar estratégias de segurança do paciente e educação permanente como parte do trabalho das equipes.

Os profissionais estão frequentemente expostos a condições desfavoráveis e falta de segurança no trabalho; há pressão por produtividade; relações conflituosas, entre outras. Este estresse pode se expressar através de queda da eficiência, desconfiança, irritabilidade constante, uso abusivo de medicamentos e drogas, sentimento de frustração, sobrecarga voluntária de trabalho, absenteísmo etc. (Kovaleski; Bressan, 2012).

Muitas pesquisas têm sido realizadas sobre o estresse ou Síndrome de Burnout (SB) dos profissionais de saúde. Alguns estudos apresentam o enfoque em médicos e enfermeiros na atenção básica, porém demonstrando diferentes prevalências e diversos fatores precipitantes, evidenciando o caráter multifatorial do problema (Oliveira; Castro, 2016; Morelli, 2015). Entre os fatores de risco destacam-se as questões relacionadas ao ambiente de trabalho (estrutura física, insumos, contexto social), organização do trabalho e questões individuais. Alguns estudos demonstram que há uma dificuldade dos próprios trabalhadores da AB perceberem os riscos que estão expostos. A maioria aponta como principal, o risco psicossocial e a tendência ao adoecimento mental (Almeida; Torres; Santos, 2012).

Segundo Seligman (2004), o desgaste mental relaciona-se com fatores ambientais e psicossociais, da subjetividade dos profissionais e das relações de poder que se estabelecem no contexto micro e macro político. As pesquisas na área têm mostrado dados crescentes de transtornos mentais entre os trabalhadores, os quais geram incapacidade ou perda de produtividade. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que 40% dos trabalhadores podem ser atingidos por transtornos mentais, sendo 30% considerados transtornos leves e 5-10% classificados como graves (Silva; Bernardo; Souza, 2016).

Entre os impactos individuais do estresse para os profissionais da AB, aparecem o uso crônico de medicamentos como hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos por parte dos trabalhadores (Martins *et al.*, 2014), maior associação entre SB e depressão e maior chance de ideação suicida em ambientes de trabalho negativos (Trigo; Teng; Hallak, 2007). Repercussões para o serviço de saúde também são relatadas, como maior quantidade de encaminhamentos para exames de imagem e clínicas especializadas (Kushnir *et al.*, 2014) e maior chance dos profissionais de cometerem erros no trabalho (Panagioti *et al.*, 2018).

A pesquisa teve caráter qualitativo e utilizou a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). No formato da PCA, o desenvolvimento da investigação científica ocorre a partir do campo da prática assistencial, possibilitando a intervenção para o enfrentamento dos problemas, ao mesmo tempo em que se produz os dados, atendendo a um modelo que relaciona elementos da pesquisa com a prática assistencial (Paim; Trentini, 2014).

Dispuseram-se a participar da pesquisa dez profissionais da APS, de um município da Região Metropolitana de Salvador, Bahia. Sendo em sua maioria mulheres, pardas, solteiras e sem filhos. Predominantemente médicas, com pós-graduação em saúde da família, atuando há mais de 5 anos na APS, porém com menos de 5 anos de alocação na USF em que trabalham atualmente. Além disso, são profissionais com função de preceptoras de um programa de residência, sendo um fator diferencial para o envolvimento das mesmas com a qualificação da APS, a partir da formação de futuros profissionais especialistas nesta área.

Para coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas e três grupos convergentes de discussão, em formato virtual, devido às recomendações de segurança da pandemia de Covid-19. Os encontros foram gravados e posteriormente transcritos, respeitado o sigilo dos participantes.

Como referencial teórico para as discussões sobre o estresse ocupacional utilizou-se a psicologia positiva, através do modelo de demandas e recursos do trabalho (JDR – Job Demands and Resources), a qual será abordada a seguir.

A análise de dados se constituiu em organização dos dados através das técnicas de codificação e divisões em categorias, agrupando os dados por similaridade de conteúdo. A partir desta análise dos dados coletados com os participantes, emergiram como categorias empíricas as demandas e os recursos do trabalho da APS. Em seguida, com a síntese do conteúdo de cada categoria e a teorização com a literatura através da discussão, foi possível identificar sugestões e estratégias utilizadas pelos profissionais da APS para o enfrentamento do estresse ocupacional.

### **Estresse ocupacional x síndrome de burnout**

O estresse ocupacional é considerado uma reação física e/ou psicológica ao desgaste da capacidade de trabalho, ocasionado por um desequilíbrio entre a tensão laboral e a capacidade do indivíduo de suportar ou adaptar-se. Este estresse é influenciado tanto por questões do ambiente de trabalho, como por características pessoais e estilo de vida que determinam a forma como a pessoa reagirá diante de dificuldades.

Se a tendência for que o estresse se prolongue, pode evoluir para o aparecimento de sintomas físicos, psicológicos, comportamentais, alcançando um nível de esgotamento ou estafa, que caracteriza a SB, muito comum em profissionais responsáveis pela assistência ou pelo cuidado direto de outros, como na área da saúde e educação (Kovaleski; Bressan, 2012).

Estudos tradicionais da saúde do trabalhador, também denominam a SB de esgotamento profissional e considera conceitualmente como transtorno de adaptação ao estresse crônico, que pode se expressar em diferentes etapas, geralmente a falta de realização profissional, seguida de despersonalização e exaustão emocional (Karasek, 1990).

Atualmente, os estudos na área de saúde do trabalhador dividem-se em duas tendências. Uma delas concentra-se em compreender as doenças, suas causas e consequências relacionadas ao trabalho, assim como prevalência, incidência e fatores de risco, com vistas

à prevenção dos agravos. Outra linha de estudos ocupa-se em avaliar a salubridade do trabalho, considerando-o multifatorial (tanto de risco, quanto de proteção), com foco na qualidade de vida e promoção da saúde (Vazquez; Pianezolla; Hutz, 2018). Ou seja, ocorre uma mudança de paradigma ao modificar o foco da doença para o trabalho saudável, da prevenção para promoção e do fator de risco para o fator psicossocial. Os fatores psicossociais são aqueles de interação entre aspectos do trabalho (ambiente, organização) e do trabalhador (história, cultura, necessidades pessoais).

Com essa nova tendência, há uma nova teoria, na qual a SB é um estado de exaustão associada ao trabalho, a depender das circunstâncias laborais de cada organização. Sua principal causa é a elevada demanda diante de poucos recursos disponíveis, levando a exaustão da energia dos indivíduos, seguidas de diminuição da regulação emocional e cognitiva, finalizados pelo distanciamento mental ou aversão ao trabalho (Schaufeli et al., 2019).

### **Modelo de demandas e recursos do trabalho**

A Psicologia Positiva (PP) é um movimento que tem ganhado força nas últimas duas décadas e impulsionado a produção científica sobre emoções, instituições e comportamentos positivos dos seres humanos (Seligman, 2004). Em uma revisão sistemática sobre fatores psicossociais no trabalho, Vazquez, Pianezolla e Hutz (2018) identificaram que há um crescimento de artigos que avaliam fatores positivos e motivacionais do trabalho, além do uso de instrumentos da PP.

O avanço dessa discussão, incentivou movimentos organizacionais e de saúde do trabalhador a investir em ações que aumentem a motivação e o desempenho saudável dos profissionais (Vazquez; Ferreira; Mendonça, 2019). Em revisão de literatura realizada, com foco no estresse ocupacional na AB, foram encontradas temáticas da PP em 11 artigos, os principais com práticas de *mindfulness*, avaliação e treinamento de resiliência e avaliação do bem-estar dos trabalhadores (Pacheco; Carnevalli; Pinho; 2020).

A teoria do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (Job Demands Resources model - JDR), tem sido amplamente utilizado, como referencial para a discussão do trabalho, pela ótica da PP. Esta teoria 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 podem gerar fatores de estresse ou motivacionais, a depender de mecanismos dos trabalhadores para auto regulação, compensação ou recarga da energia laboral. Por meio dessa teoria, os trabalhos podem culminar em desfechos negativos (fontes de adoecimento) ou positivos (fontes de prazer) (Vazquez, 2019).

### **Principais demandas do trabalho na APS**

Demandas são aspectos físicos, sociais ou organizacionais que requerem esforço físico ou mental e, portanto, tem repercussões fisiológicas ou psicológicas. Altas demandas no trabalho exigem maior energia para alcançar os objetivos e, para isso, são necessárias estratégias para recuperar essas energias. Quando a recarga não é suficiente ou adequada, o trabalhador pode chegar à exaustão e ao adoecimento, levando a problemas de saúde como depressão, doenças cardiovasculares e queixas psicossomáticas (Schaufeli; Taris, 2014).

As demandas também podem ser interpretadas como obstáculos, associados a conflitos interpessoais, conflitos de valores, ambiguidade e insegurança no trabalho ou como desafios, associados a complexidade das atividades, prazos e atribuição de responsabilidades. Estes últimos podem ser promotores de desenvolvimento dos trabalhadores e levar ao maior engajamento no trabalho (Vazquez; Ferreira; Mendonça, 2019).

Durante as discussões do grupo, foi solicitado que os participantes escrevessem as três principais demandas que identificavam na

sua rotina de trabalho da APS, assim foi formada a seguinte nuvem de palavras:

Figura 1: Nuvem de palavras das demandas do trabalho na APS.

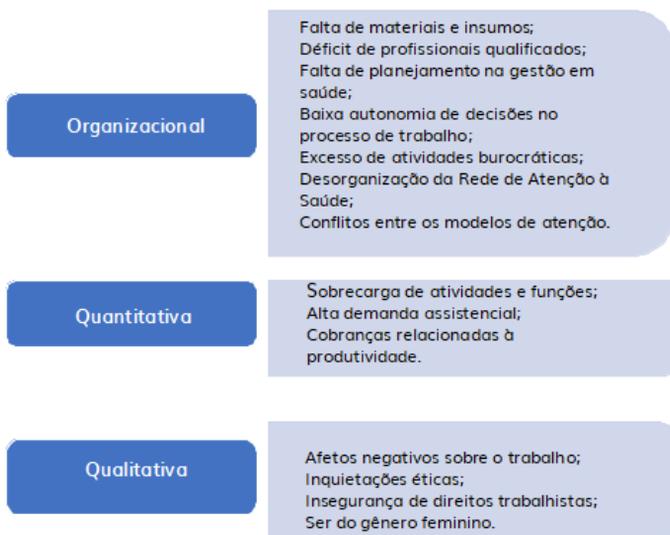
## Demandas do trabalho na APS



Fonte: Elaborado pelos participantes da pesquisa (2020).

A partir dessas discussões com profissionais da APS, foram identificadas algumas demandas comuns do trabalho, nas diferentes dimensões.

Figura 2: Demandas identificadas pelos profissionais da APS.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

## Principais recursos do trabalho na APS

Os recursos de trabalho são aspectos físicos, sociais ou organizacionais que são capazes de trazer funcionalidade para atingir os objetivos, ou reduzir as demandas do trabalho, ou estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento. Quando presentes, os recursos ajudam no equilíbrio para a execução das demandas, com papel motivacional, não só para alcance das metas e produtividade, mas para atender as necessidades humanas de autonomia, relações e desenvolvimento de competências. Porém, se ausentes, os recursos podem comprometer o alcance dos objetivos e levar a comportamentos de desligamentos ou desmotivação, até como estratégia de proteção para evitar o esgotamento (Schaufeli; Taris, 2014).

Por outro lado, trabalhadores que estabelecem uma relação de engajamento no trabalho, apresentam estado de espírito positivo, gratificante, maiores níveis de energia e resiliência, dedicação - através do entusiasmo com o significado do trabalho e seus desafios - e foco, que geram bem-estar e felicidade. O engajamento no trabalho também tem sido estudado no âmbito da psicologia positiva, sendo considerado o envolvimento do trabalhador com sua atividade laboral, contemplando objetivos claros, boas condições de trabalho, oportunidades de desenvolvimento, confiança nos colegas. Este conceito não deve ser confundido com satisfação no trabalho, que aborda o nível de entusiasmo do profissional sob as atividades exercidas (Harter *et al.*, 2002). Dessa forma parece haver um ciclo de ganho, a disponibilidade de recursos promove o engajamento que, por sua vez, tem impacto positivo na percepção do aumento de recursos (Schaufeli; Taris, 2014).

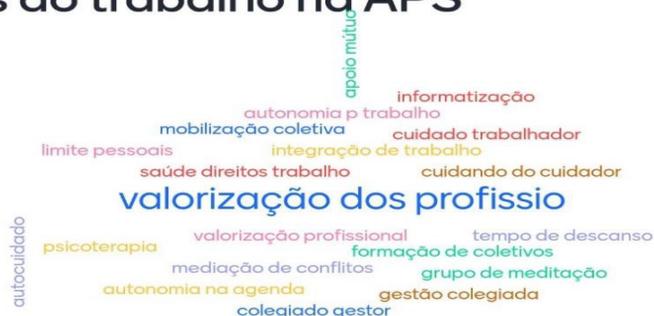
Inicialmente, os recursos do trabalho foram classificados em algumas dimensões relacionadas aos fatores ambientais, como: sociais, organizacionais, conteúdo do trabalho e desenvolvimento (Schaufeli, 2017). Os recursos pessoais foram acrescentados, pelo entendimento que o comportamento humano depende da interação entre o pessoal e o ambiente e são considerados características psicológicas, geralmente associados

à resiliência, e que controlam e impactam o ambiente de forma positiva, estimulando o crescimento e desenvolvimento pessoal (Schaufeli; Taris, 2014). Podem ser exemplos de recursos pessoais: resiliência, autoeficácia, otimismo, flexibilidade, estabelecimento dos próprios limites, direcionamento de objetivos, proatividade, autodesenvolvimento (Schaufeli, 2017).

A figura a seguir contém uma nuvem de palavras, construída pelos participantes da pesquisa, durante os encontros coletivos virtuais, em que foi solicitado que eles indicassem três recursos que eles desejariam ter na sua rotina de trabalho. Nesse caso, o recurso mais citado pelos profissionais foi o desejo de valorização.

**Figura 3:** Nuvem de palavras dos recursos do trabalho na APS.

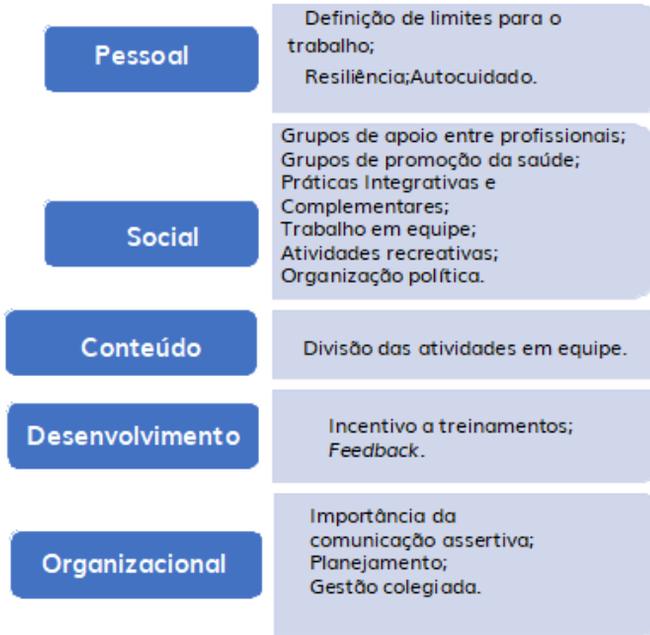
## Recursos do trabalho na APS



**Fonte:** Elaborado pelos participantes da pesquisa (2020).

A partir da discussão com profissionais da APS, foram identificados alguns recursos do trabalho, nas diferentes dimensões.

Figura 4: Recursos identificados pelos profissionais da APS



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

### Estratégias para enfrentamento ao estresse ocupacional

Diante das demandas e recursos identificados nas tabelas anteriores, os profissionais apontaram algumas estratégias que têm utilizado na sua rotina de trabalho ou gostariam que houvesse maior investimento.

**Autocuidado:** os profissionais compartilharam algumas estratégias que utilizam para o próprio cuidado diante do estresse ocupacional, em geral, atividades que favoreçam o autoconhecimento e a percepção dos limites de cada um, diante das demandas que o trabalho da APS exige.

Entre os exemplos citados, um dos mais comuns, foi a psicoterapia individual, que é custeada pelo próprio trabalhador. Alguns serviços de saúde, especialmente no período da pandemia de Covid-19, iniciaram a implantação de redes de suporte psicológico para os tra-

balhadores da área, em formato virtual ou presencial, com abordagens individuais e coletivas. Esta é uma sugestão que pode contribuir com o apoio para a saúde mental dos profissionais da APS.

Também foi citada a importância do estímulo à espiritualidade, independente da religião, como forma de fortalecimento dos valores e motivação através de maior conexão dos objetivos de vida com o trabalho. Outra estratégia é o incentivo à prática de atividades físicas, como promoção da saúde física e mental.

Diário das Bênçãos/Gratidão: Esta atividade consiste em iniciar uma rotina de escrita, sobre as coisas pelas quais os sujeitos são gratos e suscitar reflexões sobre a justificativa. Sugere-se que a pessoa, antes de dormir, anote em um caderno, todos os dias, três coisas pelas quais foi grata durante o seu dia e depois reflita e escreva porque considerou aquele acontecimento positivo.

Há evidências de que os efeitos dessa intervenção promovam um aumento significativo do bem-estar dos trabalhadores e da gratidão. Os profissionais desta pesquisa realizaram esse exercício e relataram uma melhor reflexão e crítica sobre os problemas enfrentados na rotina e maior valorização das coisas positivas. Porém, como qualquer hábito novo, houve dificuldade de realizar o registro com regularidade, mas à medida que ia sendo realizado, provocava cada vez mais reflexões sobre a relação dos sujeitos com eventos positivos.

Resiliência: Há evidências que o treinamento para o desenvolvimento de resiliência pode contribuir com a redução dos níveis de estresse, o que pode ser bastante útil diante da necessidade de se adaptar a diversas situações complexas do trabalho na APS. A combinação de diferentes estratégias para o desenvolvimento da resiliência demonstra maior eficácia. São exemplos: a organização de oficinas sobre o tema, reflexões e trocas em grupos, atividades de atenção plena e técnicas de relaxamento e estabelecimento de mentorias no desenvolvimento do trabalho.

As experiências de treinamento em atenção plena (*mindfulness*) estão crescendo no ambiente de trabalho e demonstrando bons resultados. Os profissionais sugeriram a prática de meditação em grupo

dos profissionais, por ser uma acessível e com baixo custo, podendo ser organizado pelos próprios colegas de trabalho. Profissionais que conhecem a prática, sugerem pactuar com a equipe um local dentro do serviço e horário (como início ou final dos turnos de atendimento ou reuniões) para que possam se reunir, voluntariamente, e realizar a meditação como ação de promoção à saúde mental do trabalhador.

Práticas Integrativas e Complementares (PICS): As PICS foram muito sugeridas pelos profissionais, entre elas foram citadas ioga, acupuntura, auriculoterapia, aromaterapia, fitoterapia e a meditação. Esta pode ser uma sugestão de investimento para o cuidado dos profissionais no ambiente de trabalho, considerando que muitos utilizam essas práticas no cuidado com os seus pacientes. De forma geral, os profissionais que estão aptos a realizar a aplicação das PICS se habilitam a organizar momentos individuais ou coletivos para os colegas no ambiente de trabalho.

Há sugestão dos profissionais dessa pesquisa de tornar essa estratégia uma ação de cuidado continuado para os profissionais, através do pacto, em equipe, de incorporar como uma atividade da rotina, com divisão de responsáveis, organização de materiais, proteção, garantia de horário e ambiente apropriado, dentro do processo laboral. A presença de estudantes e parcerias com instituições de ensino pode ser um fator facilitador na implementação dessas ações, incorporando atividades de cuidado com PICS como parte das atividades de classe dos alunos e professores, incentivando a formação e a promoção da saúde mental dos profissionais.

Trabalho em equipe: Os profissionais destacaram o trabalho em equipe como uma potência da APS, e há alguns pontos que podem ser considerados como fatores de motivação para os profissionais, quando o trabalho em equipe acontece: qualificação do cuidado em saúde, cooperação entre colegas nas responsabilidades do trabalho e um clima de trabalho positivo.

A riqueza da troca de informações entre as diferentes categorias profissionais pode servir como uma forma de suporte entre colegas e valorização dos diferentes saberes das profissões. Investir na

educação permanente dos profissionais, promovendo momentos de formação, discussão e matriciamento entre os mesmos, é capaz de produzir resultados positivos, como maior engajamento dos trabalhadores ou até uma melhor articulação da rede de saúde, ao se promover espaços de troca e comunicação entre as equipes. Além disso, amplia as possibilidades para um cuidado em saúde ampliado e de maior resolutividade para as necessidades da população, tornando os resultados mais gratificantes.

A prática colaborativa e o compartilhamento das atividades entre os colegas constituem uma das possibilidades do trabalho em equipe e podem contribuir para uma melhor distribuição das demandas da rotina da APS e como forma de evitar sobrecarga dos profissionais. Como, por exemplo, uma melhor divisão entre as categorias profissionais das tarefas administrativas, que historicamente são delegadas à enfermagem. Esta colaboração entre colegas pode produzir um melhor alinhamento e confiança entre os membros da equipe, que passam a ter mais propriedade e autonomia do processo de trabalho.

Clima do ambiente de trabalho: Os profissionais destacaram a importância de valorizar espaços de confraternização e celebração do trabalho, como uma forma de valorização dos profissionais e motivação dos mesmos. Estas celebrações podem ser momentos de diversão e troca de afetos entre colegas, como uma forma de incentivar relações positivas no ambiente de trabalho e a constituição de uma rede de suporte entre os sujeitos que vivem a complexidade do cuidado em saúde na APS. Também podem ser promovidos eventos para apresentação das experiências exitosas dos trabalhadores nos campos de prática ou oficinas onde os profissionais possam compartilhar suas habilidades com os colegas, promovendo maior engajamento com sua equipe de trabalho.

*Feedbacks* de desempenho: Os profissionais revelaram o interesse em receber *feedbacks* sobre a sua atuação de forma mais qualificada e regular. Essas ações, por parte das instituições, propiciam a reflexão sobre o trabalho, valorizando os pontos positivos e apontando diretrizes para melhorias e evolução destes profissionais. Historica-

mente, estas avaliações na APS são feitas através de indicadores de assistência e metas de desempenho, que muitas vezes são atravessadas pelos problemas dos diferentes cenários de saúde pelo Brasil, gerando muito mais uma cobrança por produtividade dos profissionais, sem visar o desenvolvimento dos mesmos. Sugere-se propiciar momentos de auto avaliação dos profissionais, com os superiores ou com a equipe, seguido de um momento de *feedback* e estabelecimento de um plano com pactos e metas para melhoria, a partir das dificuldades encontradas pelo trabalhador.

Gestão participativa: Diante das demandas organizacionais apontadas pelos profissionais, como falta de materiais e recursos humanos, baixa autonomia no processo de trabalho, conflitos do modelo de atenção, entre outros, os profissionais sugerem explorar mais algumas ferramentas de gestão como planejamento em saúde e organização de colegiado gestor nos serviços. Através do planejamento, seria possível realizar um melhor diagnóstico da situação de saúde e das dificuldades enfrentadas no serviço e pensar soluções a partir dos recursos disponíveis, incluindo diversos atores, como os trabalhadores, os usuários e gestores. A experiência de colegiado gestor nas USF dos profissionais, com a participação de representantes diversos e os gerentes dos serviços, tem se mostrado positiva, com o compartilhamento da tomada de decisões, divisão de responsabilidades, melhor articulação para mediação de conflitos e maior autonomia dos profissionais, o que demonstra ser uma estratégia potencial para resolução de algumas demandas do trabalho da APS apontadas pelos profissionais.

Além de necessidade de maior participação na administração da APS, os profissionais também refletiram que a organização política em torno de coletivos com interesses comuns e, também, o incentivo à participação popular na gestão dos serviços de saúde são um importante recurso para lidar com a complexidade da APS. Essa organização pode colaborar para unir forças de diferentes atores no enfrentamento dos problemas da APS, gerando uma maior governabilidade, além do potencial de produzir uma rede de apoio entre os sujeitos que buscam a qualificação do cuidado em saúde na APS.

Diante das demandas e recursos expostos pelos profissionais da APS, pode-se notar que a quantidade e a magnitude das demandas são maiores e demonstram grande impacto nos profissionais, quando comparados com os recursos. Assim, à luz do modelo JDR, a sobreposição das demandas em relação aos recursos aponta para uma tendência ao esgotamento profissional, com o adoecimento mental dos profissionais de saúde.

Este trabalho aponta para os profissionais, gestores e coordenadores de residência algumas sugestões e recomendações para contribuir no investimento dos recursos disponíveis na APS, em diversas dimensões, como pessoal, social, conteúdo de trabalho, desenvolvimento e organizacional.

**Recursos Pessoais:** Recomenda-se o incentivo ao autocuidado, com os profissionais buscando atividades que atendam melhor às suas necessidades físicas, mentais e espirituais. Contudo, as instituições podem dispor de uma rede de apoio psicológico para os profissionais, com diferentes opções de formato (individual, coletiva, virtual), para auxiliar na prevenção de doenças e como suporte em momentos de estresse. Treinamentos para resiliência podem ser implementados na rotina, através da organização de oficinas e eventos sobre o tema, estabelecimento de mentorias - com profissionais mais experientes dando apoio para auxiliar no desenvolvimento do trabalho, atividades de atenção plena e técnicas de relaxamento – como práticas de meditação, que podem ser organizadas dentro do ambiente e da carga horária laboral, contribuindo para a promoção da saúde mental dos trabalhadores.

**Recursos sociais:** Recomenda-se ações de incentivo ao trabalho em equipe, como maior investimento em atividades de educação permanente, garantindo espaço na agenda dos profissionais para capacitações, discussões com os colegas sobre o processo de trabalho e matriciamento com colegas de outros serviços, com potencial de valorização dos profissionais e maior articulação da rede de saúde. Também se recomenda o incentivo ao uso das PICS como estratégia de cuidado dos trabalhadores. Sugere-se realizar um levantamento

dos profissionais que possuem conhecimentos sobre as práticas e organizar espaços e momentos de oferta dessas PICS para os colegas, com apoio de materiais, local e carga horária protegida para essa atividade. Na dificuldade de profissionais disponíveis para as PICS, pode-se articular parcerias com outras instituições, como universidades ou programas de residência.

**Recursos de desenvolvimento:** Recomenda-se como estratégia para evolução dos profissionais, a organização de avaliações e *feedbacks* de forma regular, processual e formativa. Sugere-se propiciar momentos de autoavaliação dos trabalhadores com os superiores ou com equipe, seguido de um momento de *feedback* e estabelecimento de um plano de pactos e metas para melhoria, a partir das dificuldades encontradas pelo profissional.

**Recursos organizacionais:** Recomenda-se o incentivo a momentos de celebração e confraternização dos profissionais, como forma de valorização do trabalho e estabelecimento de vínculos positivos entre os mesmos. Ações como comemoração de aniversariantes do mês, datas festivas, evento para apresentação de experiências exitosas, propiciam um clima de trabalho mais saudável e de suporte aos profissionais e torna-se importante que os gestores apoiem e promovam esse tipo de atividade. Também se sugere o estabelecimento de colegiados gestores nos serviços de saúde, nas gestões municipais e coordenação de programas de residência. Como forma de promover a participação dos profissionais, a autonomia e a decisão compartilhada, além de incentivar o planejamento estratégico das equipes e para um melhor enfrentamento das dificuldades do trabalho da APS. A organização dos trabalhadores em torno de coletivos com interesses comuns, sejam de determinadas categorias da APS, de preceptores, ou junto à comunidade devem ser incentivados, inclusive como rede de apoio para os profissionais.

Portanto, o debate sobre a importância de investir em recursos para esses profissionais precisa ser ampliado, de modo que a oferta desses espaços seja institucional e continuada, com vistas à qualificação dos profissionais e seu engajamento, o que pode trazer benefícios

em menor esgotamento dos profissionais e maior desenvolvimento dos serviços de saúde. Esse investimento por si só, não leva a completa resolução do adoecimento mental dos trabalhadores, devido à complexidade do problema, já discutida acima, mas aponta possibilidades para equilibrar a balança entre as demandas e os recursos do trabalho da APS.

## Referências

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, v. 1. n. 1, p. 142-154, 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). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas E Sistema De Saúde No Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. Cap. 16, p. 493-545.

HARTER, J. K. *et al.* Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement and business outcomes: a meta-analysis. **Journal of Applied Psychology**, v. 87, p. 268-279, 2002.

KARASEK, R. **Healthy Work: Stress, Productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.

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? **Fam Pract.**, v. 31, n. 1, p. 44-50, 2014.

MARTINS, L. F. et al. Burnout Syndrome in Primary Health Care Professionals. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, dec. 2014.

MORELLI, S. G. S. et al. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 10, n. 34, p. 1-9, 2015.

OLIVEIRA, O. C de; CASTRO, U. B. de. **Estresse ocupacional (Burnout) em profissionais da área da saúde**: revisão de literatura. 2016. Trabalho de conclusão de curso - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5062?show=full>. Acesso em: 24 abr. 2019.

PACHECO, E. N.; CARNEVALLI, L. M.; PINHO, P. H. Estresse ocupacional na atenção primária à saúde. In: PINHO, P. H. et al. (org.). **Saúde da família em terras baianas**. Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2020. 260 p. (Coleção Pesquisas e Inovações Tecnológicas na Pós-Graduação da UFRB. v. 7).

PAIM, L.; TRENTINI, M. A Pesquisa Convergente Assistencial em seus atributos. In: PAIM, L.; TRENTINI, M.; SILVA, D. M. G. V. da. (org.). **PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014.

PANAGIOTI, M. et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Intern Med.**, v. 178, n. 10, p. 1317-1330, 2018.

SCHAUFELI, W. B. et al **Manual Burnout Assessment Tool (BAT)**. Belgium: KU Leuven, 2019.

SCHAUFELI, W. B. The Job Demands-Resources model; A 'how to' guide to increase work engagement and prevent burnout. **Organizational Dynamics**, v. 46, p. 120-132, 2017.

SCHAUFELI, W. B.; TARIS, T. W. A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health.

In: BAUER, G. F.; HÄMMIG, O. **Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach**. Netherlands: Springer Science, Business Media Dordrecht, 2014. cap 4. DOI 10.1007/978-94-007-5640-3\_4. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-5640-3\\_4](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-5640-3_4). Acesso em: 10 ago. 2023.

SELIGMAN, M. **Felicidade Autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

SILVA, M. P da; BERNARDO, M. H.; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, e23, 2016.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-33, 2007.

VAZQUEZ, A. C. S. *et al.* Trabalho e Bem-Estar: Evidências da Relação entre Burnout e Satisfação de Vida. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 18, n. 4, p. 372-381, 2019.

VAZQUEZ, A. C. S.; FERREIRA, M. C.; MENDONÇA, H. Avanços na Psicologia Positiva: Bem-Estar, Engajamento e Redesenho no Trabalho. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 18, n. 4, p. 343-351, dez. 2019.

VAZQUEZ, A. C. S.; PIANEZOLLA, M.; HUTZ, C. S. Avaliação de fatores psicossociais no trabalho: uma revisão sistemática. **Revista Estud. Psicologia**, Campinas, v. 35, n. 1, p. 5-13, 2018.



## **Autores(as)**

### **Adrielly dos Santos Mendes**

Bacharela em Saúde e graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

E-mail: adriellymendes@aluno.ufrb.edu.br

### **Ana Lúcia Moreno Amor**

Doutora em Biotecnologia em Saúde / Rede Nordeste de Biotecnologia, mestre em Patologia Humana / FIOCRUZ, Bióloga / UFBA. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

E-mail: ana\_amor@ufrb.edu.br

### **Andrezza Lima Muricy**

Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde/FIOCRUZ. Especialização em Medicina de Família e Comunidade pelo Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS. Graduação em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

E-mail: dezzamuricy@hotmail.com

### **Caroline Costa Bourbon**

Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) - Centro de Ciências da Saúde/FIOCRUZ. Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialização em Medicina de Família e Comunidade, docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde da UFRB.

E-mail: caroline.bourbon@gmail.com

### **Elaine Nunes Pacheco**

Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde/FIOCRUZ. Especialização em Preceptoria de residência em Medicina de Família e Comunidade pelo Programa Integrado de Residência Multiprofissional. Gradua-

ção em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Fundação Estatal Saúde da Família (FESFSUS).

E-mail: nane.nunes@gmail.com

### **Evandro de Oliveira Magalhães Filho**

Mestrando pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/FIOCRUZ. Graduação em Medicina pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos. Pediatra. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde. Enfermeiro graduado pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Especialização em Terapia Intensiva pela FACCEBA.

E-mail: evandrofilho@ufrb.edu.br

### **Fran Demétrio** (*in memoriam*)

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.

### **Helena Moraes Cortes**

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências e graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina, no Departamento de Enfermagem - NFR/UFSC.

E-mail: helenamoraescortes@ufsc.br / helenamoraescortes@gmail.com

### **Ismael Mendes Andrade**

Doutorando em Ensino, Filosofia e História das Ciências pela Faculdade de Educação/Universidade Federal da Bahia. Mestre em Planejamento Territorial pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Licenciado em Geografia pela Universidade do Estado da Bahia e licenciado em Pedagogia pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz.

E-mail: ismaelgeosaude@gmail.com

### **Luciana Alaide Alves Santana**

Doutora em Ciências da Educação pela Universidade do Minho em Portugal. Mestre em Saúde Coletiva e Graduação em Nutrição pela Universi-

dade Federal da Bahia. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

E-mail: lualaide@ufrb.edu.br

### **Luiz Henrique Silva Mota**

Pós-graduando em Saúde da Família na Faculdade Única de Ipatinga. Bacharel em Saúde e graduado em Medicina pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

E-mail: lhsmota@live.com

### **Marla Niag dos Santos Rocha**

Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde/FIOCRUZ. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Médica pela Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

E-mail: marlaniag@ufrb.edu.br

### **Micheli Dantas Soares**

Doutora em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA, mestra em Saúde Coletiva pela UEFS e nutricionista pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

E-mail: michelid@ufrb.edu.br

### **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.

E-mail: phpinho@ufrb.edu.br

Este livro novamente reúne trabalhos acadêmicos/ tecnológicos de mestrandos, docentes e colaboradores do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família” – Fiocruz/UFRB. Esta obra procurou abarcar os produtos oriundos de resultados de pesquisas empíricas, revisões de literatura, relatos de caso e reflexões teórico-metodológicas inerentes aos projetos e Trabalhos de Conclusão de Mestrado (TCMs) no intuito de divulgar os avanços no conhecimento materializados e produzidos no campo da saúde coletiva e saúde da família em terras baianas.

ISBN: 978-65-88622-12-4

