



CaEPS

Cadernos de Ensino
e Pesquisa em Saúde

ESCOLAGHC

2

Vol. 2, N°. 01

Junho/2022

@2022 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Grupo Hospitalar Conceição
Diretoria

Diretor-Presidente:

Cláudio da Silva Oliveira

Diretor Administrativo e Financeiro:

Moises Renato Gonçalves Prevedello

Diretor Técnico:

Francisco Antônio Zancan Paz

Gerência de Ensino e Pesquisa

Bruna Donida

Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde

Editor chefe

Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Editores assistentes

Dr. Elisandro Rodrigues

Dr. Rodrigo de Oliveira Azevedo

Conselho Editorial

Dr. Airton Tetelbom Stein - UFCSPA

Dra. Ananyr Porto Fajardo - GHC/FaCS

Dra. Betina Schuler - UNISINOS

Dra. Bruna Donida - GHC/GEP

Dra. Cristianne Famer Rocha – UFRGS

Dra. Daniele Noal Gai - UFRGS

Ma. Dinara Dornfeld - GHC/CETPS

Dr. Fernando Anschau - GHC/Setor de Pesquisa

Dr. Ivo Dickmann - UNOCHAPECÓ

Dra. Luciane Bisognin Ceretta - UNESC

Dra. Luciane Kopittke - GHC/PPGATSUS

Dra. Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houry - UFMG

Dr. Rafael Wolski de Oliveira - UNISINOS

Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi - UFRGS

Dr. Ricardo de Sousa Soares - UFPB

Edição de Criação

Juliane Meira Winckler

Estagiário de Design Gráfico

Gustavo Pereira

Bibliotecária

Luciane Berto Benedetti

Estagiária de Biblioteconomia

Ana Claudia da Silva Soares

E-ISSN: 2764-2550

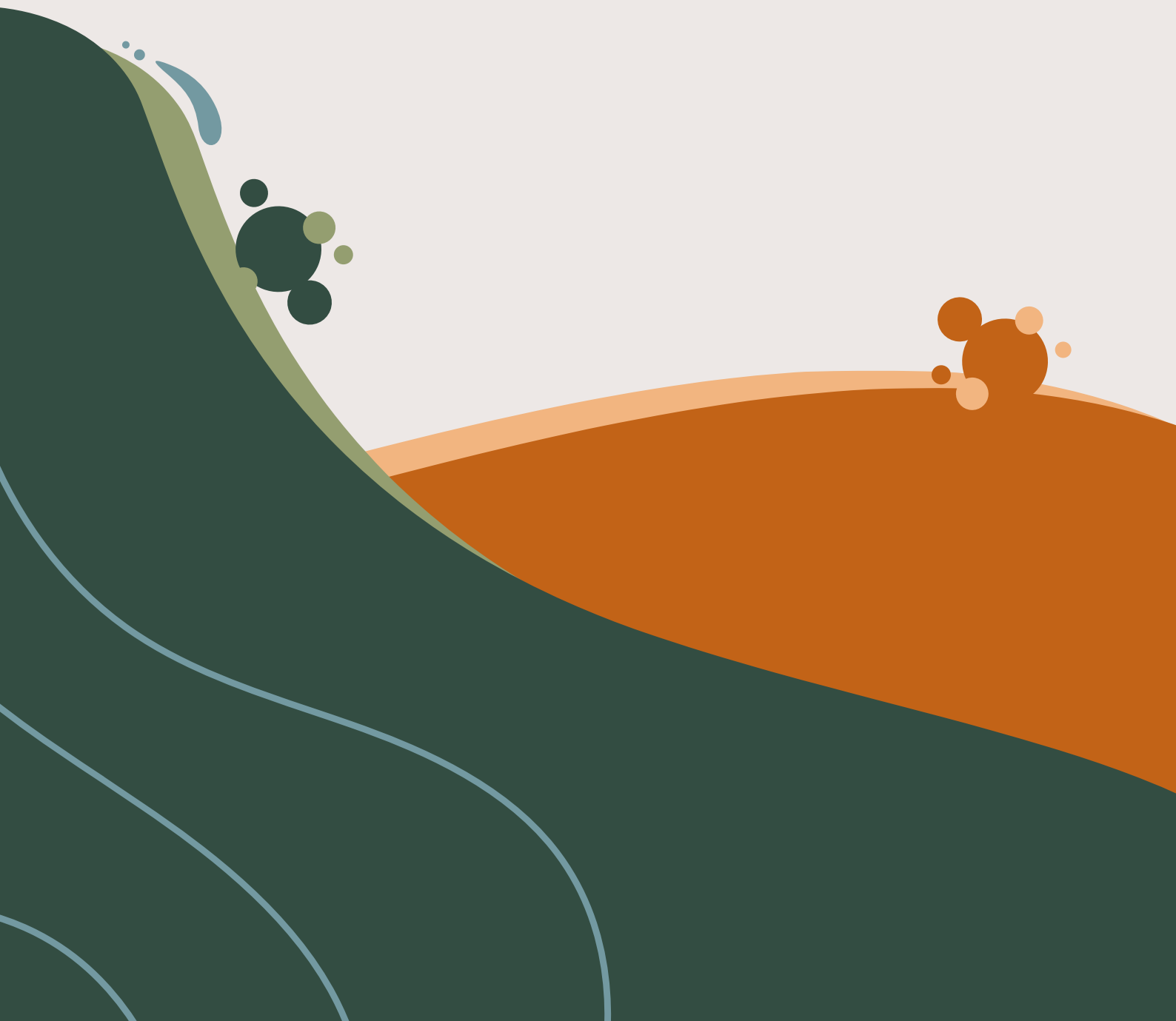
DOI: [10.29327/269776.2.1](https://doi.org/10.29327/269776.2.1)

revista.ghc.com.br

revista@ghc.com.br



SUMÁRIO



EDITORIAL

A pesquisa na formação em serviço na saúde 01 – 03

Daniel Demétrio Faustino-Silva
Elisandro Rodrigues
Rodrigo de Oliveira Azevedo

EDITORIAL CONVIDADO

O que temos recolhido sobre os encontros com as residências em saúde e os desafios na formação para o SUS? 05 – 08

Maria Paula Cerqueira Gomes
José Carlos Lima de Campos
Flávia Fasciotti Macedo Azevedo

ARTIGOS ORIGINAIS

Residência Multiprofissional em Saúde: perfil e inserção profissional de egressos de sete programas de um complexo de serviços de saúde público 10 – 32

Aline Zeller Branchi
Jussara Maria Rosa Mendes

Acolhimento à demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família e sua organização: revisão integrativa 33 – 53

Gerusa Bittencourt
Maurício de Souza Silveira

(Re)organização do processo de trabalho da enfermagem da Atenção Primária em Saúde frente à COVID-19 54 – 68

Lucia Helena Donini Souto
Fernanda Mattioni
Juliana de Lima Muller
Liciane Costa

Planejamento reprodutivo no Brasil: contracepção e a saúde biopsicossocial da mulher 69 – 87

Débora Cândido de Souza
Jaqueline Batista de Oliveira Costa

Avaliação psicológica em crise de saúde mental: prática realizada em um programa de residência 88 – 103

Viviane Longhi
Maurício Costacurta
Denilsen Gomes



Qualidade de vida e nível de atividade física em usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Caruaru-PE 104– 121

Emerson Fernando Xavier de Souza
Tiago de Miranda Costa
Bruce Ollyver Paulo de Oliveira
Flávio Renato Barros da Guarda
Rafaela Niels Silva

Pensar a Residência Multiprofissional em pandemia: uma análise sobre os trabalhos de conclusão e a produção do conhecimento 122 – 139

Cassio Andrade Machado
Lilian Alves Schmitt
Lidiele Berriel de Medeiros

Itinerário terapêutico de pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores: desencontros com os profissionais e o sistema de saúde 140 – 156

Marina Bisio Mattos
Luana Ramalho Martins
Margarita Diercks

Intervenção cognitivo-comportamental em pessoa com fibromialgia: estudo de caso 157 – 167

Eliana Ferreira Bender
Evelise Rigoni de Faria
Ananyr Porto Fajardo

Fatores que influenciam na amamentação em mulheres atendidas no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados –Mato Grosso do Sul 168 – 185

Sarah de Souza Araújo
Priscila de Souza Araújo
Emília Alonso Balthazar

Avaliação da nefrotoxicidade e cálculo da dose diária de vancomicina em um hospital brasileiro 186 – 202

Ana Helena Dias Pereira dos Santos Ulbrich
Clarissa Both Pinto
Kely Medeiros Turra
Graziella Gasparotto Baiocco
Henrique Dias Pereira dos Santos
Cláudia Regina Ames;
Jaqueline Pandolfo
Marina de Borba Oliveira Freire
Paulo Ricardo Mottin Rosa



DIÁLOGOS COM A SOCIEDADE

Entre microfonias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo por teleatendimento em um Centro de Atenção Psicossocial 204 – 207

Antonella Cabrini de Lima
Juliana Unis Castan

Vivências de extensão pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família: ampliando horizontes e saberes - um relato de experiência 208 – 225

Antônia de Maria Milena Bezerra de Menezes
Jorge Luís Rodrigues dos Santos
Jaime Conrado Aragão Neto
Pedro Ítalo Alves de Carvalho
Francisco Valdicélio Ferreira
Tamires Alexandre Félix

Experiências multiprofissionais: relação entre residência e políticas públicas em saúde dentro de um hospital universitário 226 – 241

Claudia Edlaine da Silva
Erivanderson Ferreira Santos Silva
Ítalo Souza Ferreira
Vanessa Ferry de Oliveira Soares

O papel dos Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência 242 – 254

Caroline Daniele Silva
Tatiana Teixeira de Miranda

A construção da retaguarda psicossocial em uma unidade básica de saúde do sul do Brasil 255 – 271

Isadora Volpato Konig
Juliana de Lima Muller
Ananyr Porto Fajardo

Passos na confecção de próteses dentárias totais removíveis em um paciente com Síndrome de Kabuki: relato de caso 272 – 284

Heloísa Estevão do Amaral
Ana Rita Vianna Potrich
Daiana Back Gouvêa
Márcia Cançado Figueiredo

PRODUÇÕES TÉCNICAS

Diet proposition based on the food pyramid for patients with chronic obstructive pulmonary disease 286 – 296

Gabriel Sampaio
Carlos Costa



RESUMOS

Democracia e controle social: participação dos trabalhadores da saúde do Rio Grande do Sul nas Conferências de Saúde em 2019

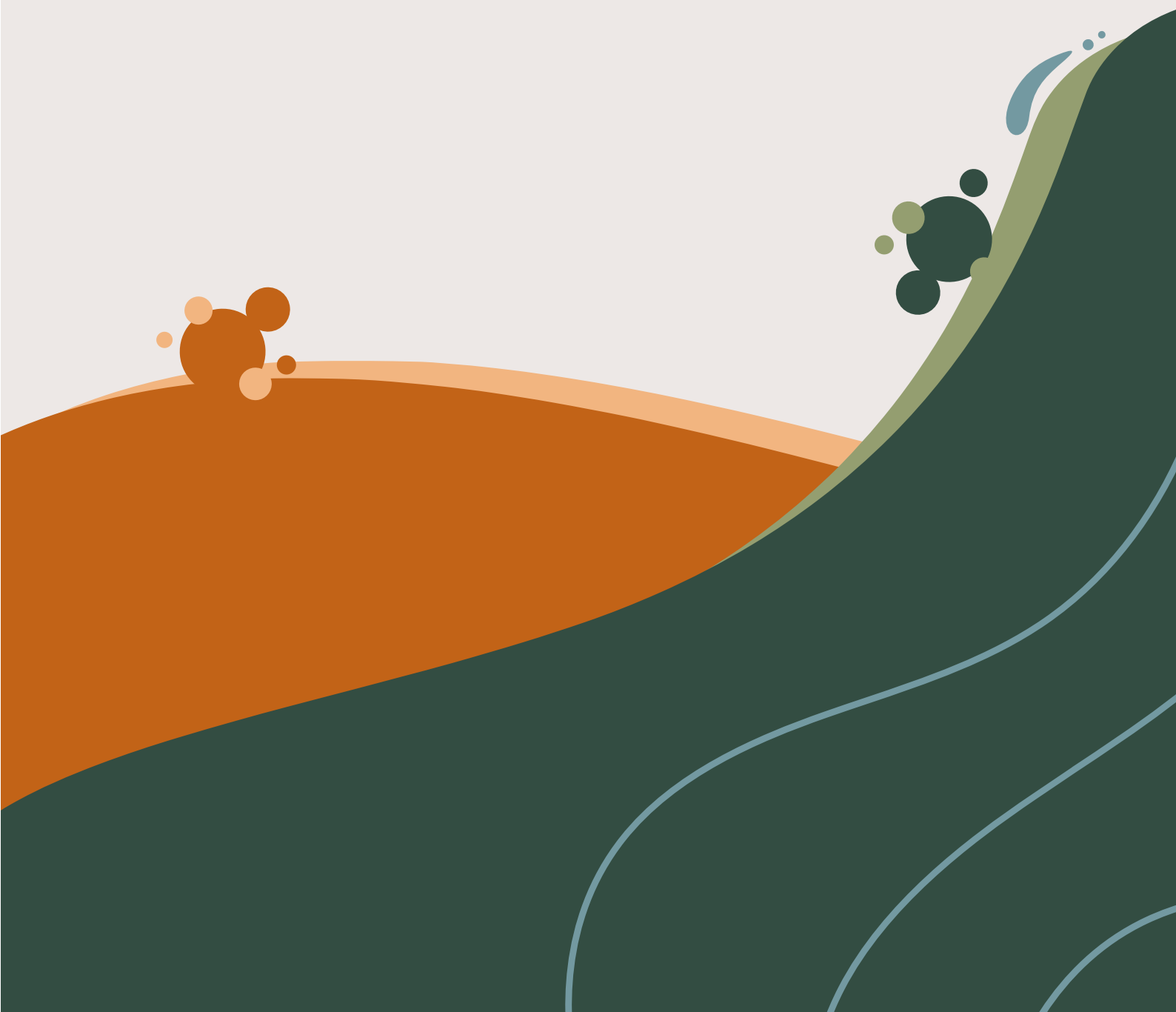
298 – 299

Gerusa Bittencourt

Érica Rosalba Mallmann Duarte



EDITORIAL





A pesquisa na formação em serviço na saúde

Daniel Demétrio Faustino-Silva ¹

Elisandro Rodrigues ²

Rodrigo de Oliveira Azevedo ³

Este segundo número do Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde (CaEPS), além de textos sobre temas diversos, que dialogam com o escopo do Periódico de forma mais ampla, reúne um conjunto de trabalhos que foram submetidos a partir do Edital lançado em conjunto com a Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RMS-GHC), o qual buscou estimular “a produção técnica, científica e acadêmica de residentes, orientadores, preceptores e demais envolvidos com a formação multiprofissional em saúde”. Por que, pois, divulgar um Edital com este propósito? Para responder esta questão, há a necessidade de se explicitar o tipo de pesquisa que, preferencialmente, o CaEPS pretende fomentar.

Desta forma, apesar de não se constituir instituição universitária, a Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar (GEP-GHC), que edita o CaEPS e à qual se vinculam, dentre outros, a Escola Técnica GHC, a Faculdade de Ciência da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (FaCS-GHC), a RMS-GHC e o Mestrado em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, busca se orientar pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Ademais, a indissociabilidade entre o ensino e a pesquisa está preconizada na Resolução CNE/CP n.º 1, de 05 de janeiro de 2021, a qual, em seu artigo 3º, estabelece como um dos princípios da Educação Profissional Tecnológica:

V – estímulo à adoção da pesquisa como princípio pedagógico presente em um processo formativo voltado para um mundo permanentemente em transformação, integrando saberes cognitivos e socioemocionais, tanto para a produção do conhecimento, da cultura e da tecnologia, quanto para o desenvolvimento do trabalho e da intervenção que promova impacto social.

Em outras palavras, a adoção da pesquisa como princípio educativo nos remete a pensar que a pesquisa, indissociável ao ensino, não deve se constituir um fim em si mesma.

Pesquisa como princípio científico e educativo faz parte de todo processo emancipatório, no qual se constrói o sujeito histórico

¹ Editor chefe Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva. Professor do Mestrado Profissional de Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>

danielsilva@ghc.com.br

E-mail: danielsilva@ghc.com.br

² Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Pedagogo; Doutor em Educação [Unisinos]; Mestre em Saúde Coletiva [UFRGS]; com Residência em Saúde Mental Coletiva pela UFRGS/EduSaúde; Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva [UFRGS]; Especialista em Tecnologias da Informação e da Comunicação Aplicadas à Educação [UFSM]. Orientador de trabalhos de conclusão de curso da Escola GHC (Residência, especializações, cursos técnicos). Técnico em Educação na Escola GHC - Grupo Hospitalar Conceição.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9146-4841>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4466204282399825>

relisandro@ghc.com.br

E-mail: relisandro@ghc.com.br

³ Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Licenciado em Educação Física. Doutor em Educação. Técnico em Educação e Assistente de Coordenação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Docente do Curso Técnico em Nutrição da Escola Técnica GHC, do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do GHC e do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0734-7061>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7560240418281622>

arodrigo@ghc.com.br

E-mail: arodrigo@ghc.com.br



autossuficiente, crítico e autocrítico, participante e capaz de reagir contra a situação de objeto e de não cultivar o outro como objeto. Pesquisa e diálogo é processo cotidiano integrante do ritmo da vida, produto e motivo de interesses sociais em confronto, base da aprendizagem que não se restrinja à mera reprodução; na acepção mais simples, pode significar conhecer, saber, informar-se para sobreviver, para enfrentar a vida de modo consciente. (DEMO, 2006, p. 42-43 apud ROZIN, 2017, p. 198).

Assim, a assunção da pesquisa como princípio educativo pressupõe o propósito de formarmos – desenvolvermos ou incentivarmos – sujeitos específicos, modos de sermos no mundo e para o mundo. Ao referir as palavras acima, Rozin (2017, p. 198) menciona que “Demo tenta desmistificar o conceito de pesquisa, faz sua crítica e banaliza a imagem do professor que não pesquisa”, que se restringe à transmissão de conteúdos.

Se a pesquisa é a razão do ensino, vale o reverso, o ensino é a razão da pesquisa. Importante é compreender que sem pesquisa não há ensino. A ausência de pesquisa degrada o ensino a patamares típicos de reprodução imitativa. (DEMO, 2006, p. 42-43 apud ROZIN, 2017, p. 200).

Diante disso, o professor (e aqui leia-se o tutor, o preceptor, o orientador de estágios e trabalhos de conclusão, enfim, cada um que, de alguma forma, desempenha atribuições de ensinar) é convidado a pesquisar como condição para se constituir cidadão e, portanto, promover a cidadania. Por outro lado, ao se assumir a pesquisa como princípio educativo se almeja igualmente repensar o modo de ser aluno (bem como residente, estagiário, pós-graduando, em síntese, de se estar na condição de aprendiz).

[...] o aluno leva para a vida não o que decora, mas o que cria por si mesmo, não se estuda só para saber; estuda-se também para atuar: o aprender a aprender, que significa não imitar, copiar, reproduzir. A verdadeira aprendizagem é aquela construída com esforço próprio através de elaboração pessoal. (ROZIN, 2017, p. 200).

Atuando em todos os momentos da sala de aula de forma a desenvolver talentos, a estimular habilidades, a incentivar descobertas, o professor terá como resultado alunos que: [...] serão incentivados a desenvolver a investigação no processo de aprendizagem; [...] vão testar, experimentar, para descobrir; descobrir, para aprofundar, e, no aprofundar, o aprender e, no aprender do significativo, o prazer em aprender. (RIGON, 2010, p. 54-55).

Então, ao desmistificarmos o conceito de pesquisa, desfaz-se a imagem de quem pode pesquisar, pois, no dia a dia das instituições – no mundo concreto das relações humanas –, em diversos momentos, todos nós ensinamos e, em muitas outras oportunidades, todos nós aprendemos. A pesquisa, por conseguinte, não deveria se constituir propriedade de poucos. Deveria se caracterizar, no âmbito da saúde e da educação, instrumento de qualificação das práticas institucionais e, exatamente por isso, possibilidade para todos. Eis a pesquisa que o CaEPS pretende fomentar, a pesquisa transformadora de campos de formação e atenção à saúde produzida pelos mais diversos atores desses espaços cotidianos.



REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. *Resolução CNE/CP n.º 1, de 5 de janeiro de 2021*. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/cp-n-1-de-5-de-janeiro-de-2021-297767578>. Acesso em: 10 abr. 2022.

RIGON, Márcia Conceição. *Prazer em aprender: o novo jeito da escola*. Curitiba: Kairós, 2010. 190 p.

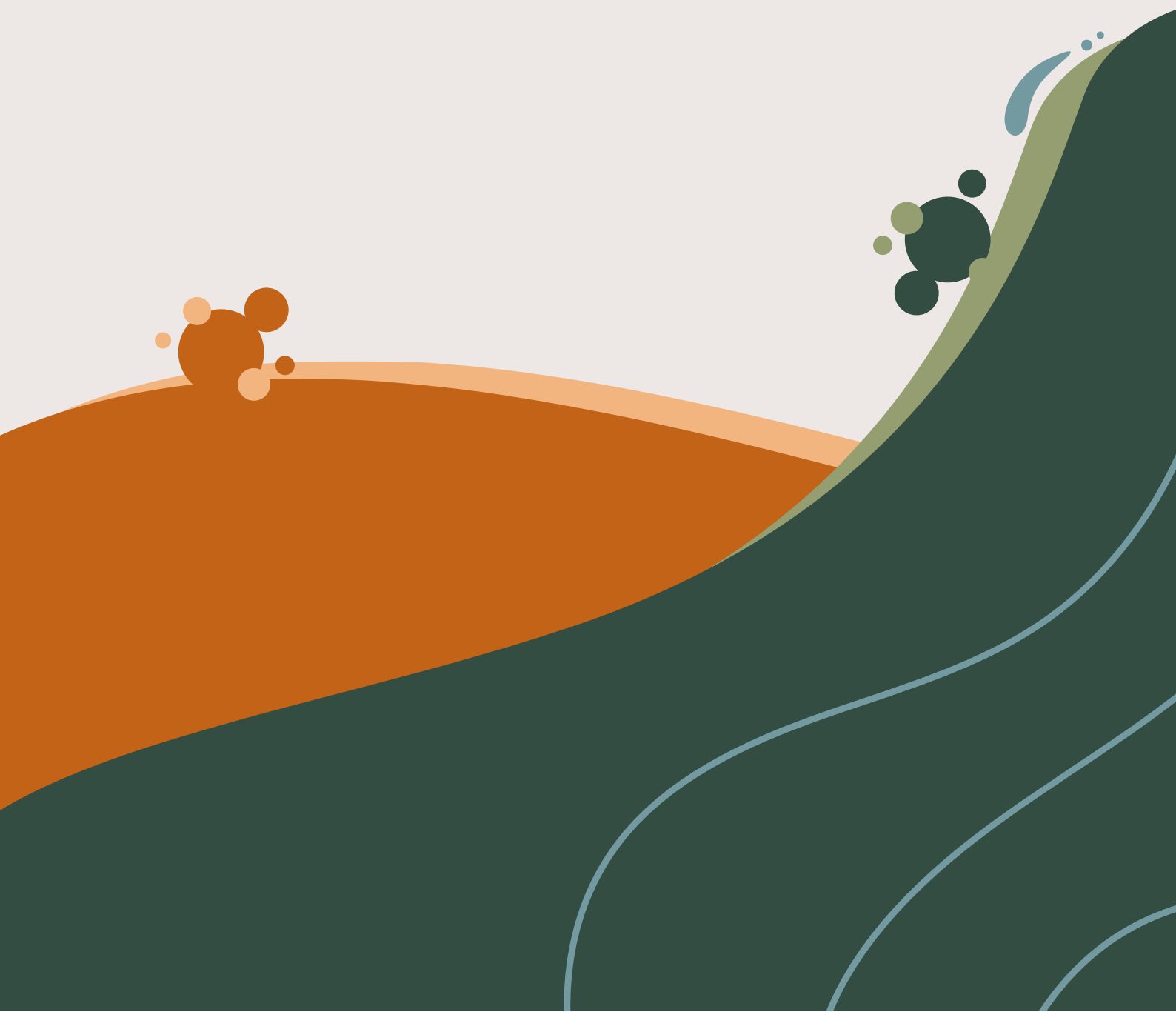
RONZIN, Eliane Maria. Pedro Demo: pesquisa, princípio científico e educativo. *Saberes*. Natal RN, v. 1, n. 17, Dezembro, 2017, 198-201.

Como referenciar este artigo (ABNT):

FAUSTINO-SILVA; Daniel Demétrio; RODRIGUES, Elisandro; AZEVEDO, Rodrigo de Oliveira. A pesquisa na formação em serviço na saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 01-03, 2022.



EDITORIAL CONVIDADO





O que temos recolhido sobre os encontros com as residências em saúde e os desafios na formação para o SUS?

Maria Paula Cerqueira Gomes ¹
José Carlos Lima de Campos ²
Flávia Fasciotti Macedo Azevedo ³

Não seria possível escrever este editorial dedicado à publicação das experiências e dos conhecimentos produzidos nos programas de residências multiprofissionais em saúde a não ser a partir da conversa entre um coletivo, a partir de um texto escrito a várias mãos. Justamente no desafio de um trabalho coletivo, a coordenação de um programa de residência multiprofissional, que esta escrita tem lugar. Aqui, nos orientamos pelo que temos recolhido em nosso percurso nos últimos doze anos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) acompanhando os processos subjetivos da formação.

Larossa Bondia (2002), a partir do conceito de experiência, nos ajuda a refletir sobre a formação nos programas de residência e sobre seu caráter distintivo em relação a outras propostas formativas. Ao longo da nossa história, a aposta sempre foi a de que a formação na residência em saúde ocorre no mundo do trabalho, ele é o lugar privilegiado da aprendizagem. Dessa forma, a experiência, a subjetividade e a problematização do vivido são conceitos e noções centrais e em conexão, que precisam ser processados e trabalhados ao longo de todo o percurso formativo.

Nesses anos temos sido testemunhas de que os processos de aprendizagem se dão com base nos encontros entre os trabalhadores e os usuários, nas práticas de cuidado e em tantos outros acontecimentos próprios do mundo, que invadem a vida produzida na saúde. O entendimento de que a aprendizagem se dá na experiência deve ser uma direção inegociável para a sustentação dos projetos políticos pedagógicos (PPP) dos programas de residência, uma vez que os sujeitos se produzem em relação a certas problematizações e no interior de certas práticas e no mundo.

A partir desse olhar, levantamos algumas provocações que vão ao encontro dos textos reunidos neste volume, reafirmando a riqueza e a diversidade das experiências dos programas de residência orientados no Sistema Único

¹ Professora do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Membro do Colegiado da Coordenação do Programa de Residência em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Professora do Mestrado Profissional – MEPPSO – IPUB/UFRJ e do Programa de Pós-graduação em Psicossociologia do Instituto de Psicologia da UFRJ - EICOS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5811-3302>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8236646328497987>
E-mail: paulacerqueiraurfrj@gmail.com

² Enfermeiro do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Mestre em Enfermagem – EEAN/UFRJ. Membro do Colegiado da Coordenação e Professor Colaborador do Programa de Residência em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Psicossociologia do Instituto de Psicologia da UFRJ. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5731-2414>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6679776930782953>
E-mail: josecarlos@ipub.ufrj.br

³ Psicóloga. Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental – Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Membro do Colegiado da Coordenação e Professor Colaborador do Programa de Residência em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3131-3280>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6822425815552203>
E-mail: flaviafasciotti@gmail.com



de Saúde (SUS) e para o SUS. No entanto, estas provocações, só ganham sentido se elas conseguem se tornar dispositivos que produzam um movimento de desaceleração do tempo, um gesto de interrupção do já visto, do sabido, do ouvido, do lido, do vivido. Ao interromper o fluxo automático dos processos de fazer, abre espaço para um convite a olhar de novo as situações e certezas naturalizadas nas diferentes ações de formação que se inscrevem nos programas de residência.

Essas ações, na sua dimensão ético-política, devem se tornar um trabalho que nos impeça de ser sempre os mesmos. Um trabalho construído com todo coletivo de coordenadores, residentes, tutores, preceptores, trabalhadores de saúde, usuários e demais pessoas que integram o percurso formativo deste coletivo. Afinal do que se trata um projeto de formação de profissionais para o SUS? O que de fato é uma residência em saúde? Quais conceitos e direções as orientam? Em que medida os projetos políticos pedagógicos (PPP) se aproximam ou se afastam dessas direções?

Esse conjunto de questões/provoações é, sem dúvida, para nós, um campo de problematização do qual nunca podemos nos afastar. É fundamental que essas questões nos acompanhem a cada movimento dos programas para que de fato possamos nos interrogar se aquilo que temos como direção de trabalho se transforma em trabalho vivo, em ato, capaz de ao tomar o vivido como motor do processo de aprendizagem, fabricar novas tecnologias de cuidado, tantas quanto forem necessárias para ampliar as capacidades de pensar, de sentir e de agir como nos diria Espinoza.

De partida, cabe interrogar os sentidos de se afirmar uma formação compromissada com o SUS. O sistema único de saúde caracteriza-se por uma política inclusiva, solidária e universal, destinada a acolher todos os cidadãos tendo como princípios e diretrizes: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização de redes de atenção à saúde. Os programas de residência, assim como as demais ações de formação de profissionais de saúde, precisam tomar como base essas diretrizes e, a partir delas, construir seus desenhos de ação. Seus princípios precisam se tornar conceitos ferramentas operadores da assistência, da gestão e, por conseguinte, da formação.

Não se trata de uma estratégia de formação qualquer, ela demanda a construção de ferramentas pedagógicas, com base na educação permanente, capazes de fabricar tecnologias de cuidado que qualifiquem as redes de atenção, produzindo e ampliando a acessibilidade e garantindo a efetivação do SUS.

É um compromisso com a formação para e nessas redes de atenção considerando a realidade da população. Um programa de residência tem como missão ético-política estar atento o tempo todo aos desafios atuais da sociedade e às novas questões emergentes.

Na nossa experiência, por exemplo, tem sido necessária uma permanente contratualização com os serviços e com os cenários de prática, nas escolhas de seus processos de trabalho de modo a nos mantermos porosos a novas temáticas, inserindo os residentes em novos contextos. A realidade, de fato, precisa ser orientadora do processo formativo além de apontar uma direção que qualifique



os profissionais para as transformações sociais do nosso tempo. Isso implica, da mesma forma, em revisitar constantemente o PPP.

Uma segunda provocação consiste em pensar onde se dá a aprendizagem. A aposta é a de que ela se consubstancia a cada vez, no encontro entre todos os partícipes desse processo. Assim, coordenadores, tutores, preceptores, residentes, usuários e profissionais de saúde, todos esses, ensinam e aprendem ao considerarem a experiência cotidiana e a produção do cuidado, em suas várias frentes, como força motora para a aprendizagem. Isso porque a aprendizagem pela experiência não se processa espontaneamente ou automaticamente.

Por fim, provocamos a reflexão sobre os desafios de formar profissionais em um sistema de saúde tão atacado e precarizado. Como formar, em uma realidade social tão violenta?

Vivemos atualmente um momento político de grande tensão cujos efeitos recaem sobre os equipamentos públicos, afetando diretamente o nosso sistema de saúde. Cotidianamente atacado, questionado e efetivamente desmontado, o SUS, enquanto política pública de saúde, vem sofrendo tais impactos, que colocam em risco sua sustentação e o funcionamento de suas redes de atenção à saúde (RAS). Essa precarização não escapa às relações com o trabalho, às organizações não governamentais e ao trabalhador. A ausência de concursos públicos e a possibilidade de descontinuidade do atendimento ao usuário também podem ser mencionadas como evidências do desmonte ao SUS.

Nesse contexto adverso, mais do que nunca é preciso ter clareza do que nos orienta e da missão inerente ao um programa de residência. É fundamental reconhecer que fazemos parte de um movimento de resistência, que defende a transformação social, em vários âmbitos da sociedade. Todos nós, profissionais da área, aprendemos no decorrer da nossa formação que saúde não significa ausência de doença, apenas, mas que os processos de produção demandam necessariamente novas sustentações sociais. No momento atual percebe-se que, frequentemente, muito da sustentação do cuidado aos usuários tem sido fruto do compromisso ético dos profissionais de saúde bem como da parceria e da sustentação de determinadas experiências formativas.

Para além dos hospitais-escola, a vida e a formação revelam-se distantes das condições ideais. Formar em saúde requer incluir a gestão dos riscos, a imprevisibilidade e a precariedade como motores desse processo. A formação se processa na vida, nos serviços, nos equipamentos, nos territórios e nas suas redes e não em cenários onde há o controle ou a simulação de todas as variáveis que interferem nesse processo formativo. Há uma torção pedagógica importante a ser conduzida: formar na vida, no mundo — e não para a vida, para o mundo. A realidade é fabricada a cada intervenção do sujeito no mundo e assim se dá a formação, o aprendizado.

Nessa direção, não se deve perder de vista o formar incluindo as fragilidades e as precariedades como elementos para a produção de tecnologias de resistência e de enfrentamento capazes de interferir nessa realidade e de disputar outras narrativas que garantam, a partir das tecnologias de cuidado produzidas, que toda a vida valha a pena! Não se trata de banalizar a dureza da realidade, a



O que temos recolhido sobre os encontros com as residências em saúde e os desafios na formação para o SUS?

precariedade ou muito menos de humanizá-las, mas de fabricar intercessores, agentes da transformação, visando a produção de acessibilidade e a potencialidade do cuidado.

Educar/ formar consiste em “transver o mundo”, como nos diz o poeta Manoel de Barros (1996). Transver o mundo não se confunde com mera resolução de problemas, ao contrário, requer invenção, criação de outros mundos e práticas possíveis a serem disputados.

Desejamos boa leitura!

REFERÊNCIAS

BARROS, Manuel. *Livro sobre nada*. Rio de Janeiro: Record; 1996.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, [s. l.], n. 19, jan.-abr., 2002. DOI: 10.1590/S1413- 24782002000100003.

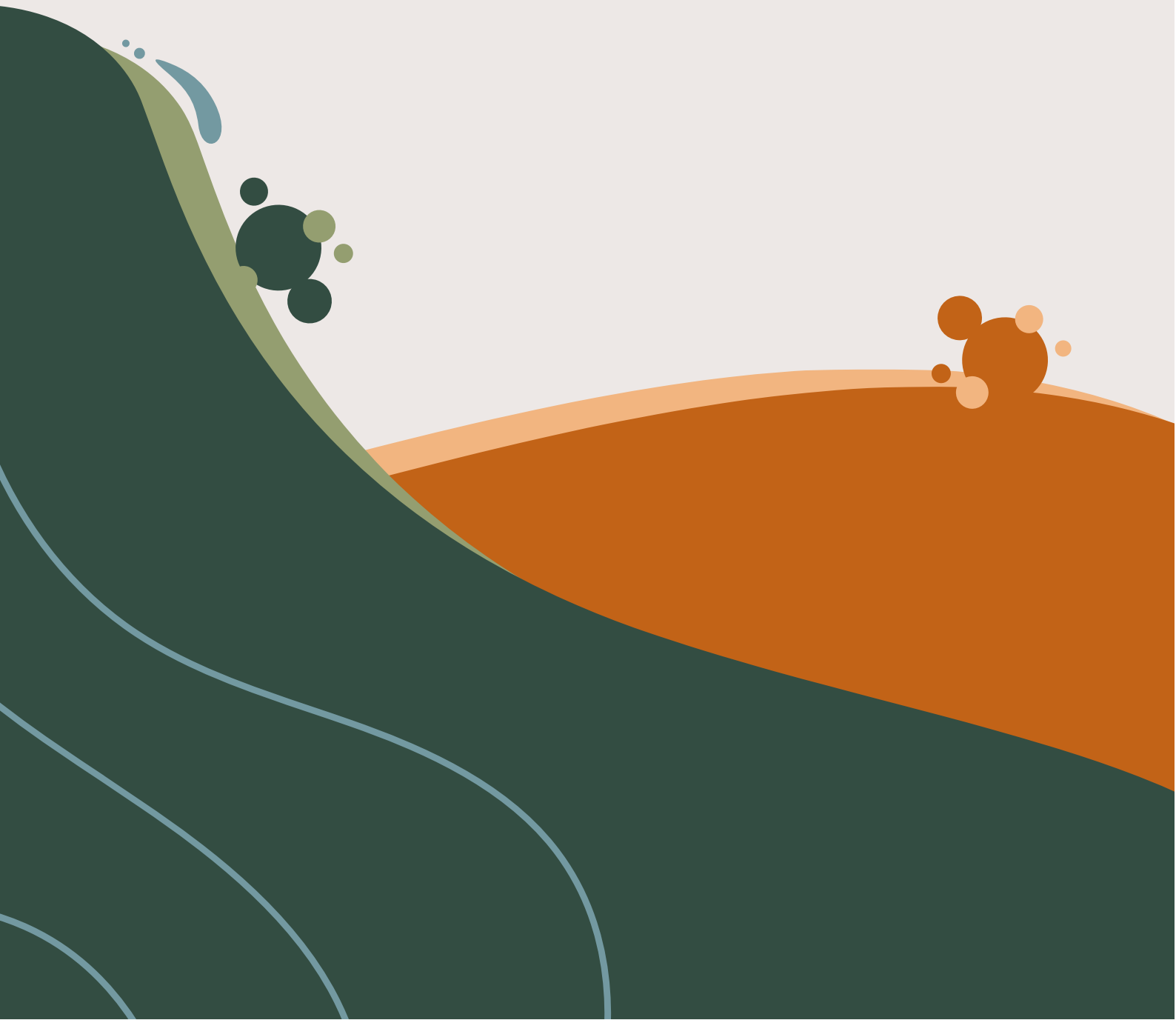
DELEUZE ,Gilles. *Espinosa Filosofia Prática*. São Paulo, editora escuta 2002.

Como referenciar este artigo (ABNT):

GOMES, Maria Paula Cerqueira; CAMPOS, José Carlos Lima de; AZEVEDO, Flávia Fasciotti Macedo. O que temos recolhido sobre os encontros com as residências em saúde e os desafios na formação para o SUS?. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 05-08, 2022.



ARTIGOS





Residência Multiprofissional em Saúde: perfil, inserção profissional e avaliação dos egressos de sete programas de um complexo de serviços de saúde público

Multiprofessional Residency in Health: the profile, professional placement, and the assessment by egresses of seven programs from a public health services complex

Aline Zeller Branchi¹
Jussara Maria Rosa Mendes²

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Técnica em educação do Grupo Hospitalar Conceição, Apoio pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6355-5765>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6875091794242347>

E-mail: alineb@ghc.com.br

² Pós-doutorado em Serviço Social pela Universität Kassel, República Federal da Alemanha. Docente credenciada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia/ UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social e de Saúde Coletiva da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde e Trabalho - NEST/UFRGS. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3908-4964>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8540039840052671>

E-mail: jussaramaria.mendes@gmail.com

RESUMO

O objetivo foi identificar o perfil sociodemográfico e a inserção de egressos de sete programas do Grupo Hospitalar Conceição, no período 2004 até 2019. Caracterizou-se como estudo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa. O questionário foi encaminhado e respondido pela internet. Os dados foram processados em planilhas do Programa Excel e foram analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences 16, por meio de medidas descritivas e teste Exato de Fisher expandido, com significância estatística de 5% ($p < 0,05$). A população do estudo envolveu todos que concluíram o Programa no período, totalizando amostra representativa com 279 participantes. No perfil, 90,3% dos egressos são mulheres, 49% solteiros e 57% nascidos no interior. Na inserção profissional, 93% dos egressos estão trabalhando, 90% consideram que a residência contribuiu para sua inserção, 74% possuem trabalho relacionado à formação, 49% têm vínculo público e 42% tem carga horária de até 36 horas. Houve significância estatística entre vínculo anterior e ocupação atual, assim como entre satisfação profissional e inserção na área de formação e remuneração. Os princípios do SUS são bem aplicados na prática profissional dos egressos e a avaliação da formação recebida foi satisfatória.

Palavras-chave: residência multiprofissional em saúde; inserção profissional; formação profissional em saúde; prática profissional; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim was to identify the sociodemographic profile and placement of egresses of seven programs of the Conceição Hospital Group from 2004 to 2019. This study is characterized as exploratory and descriptive, with a quantitative approach. The questionnaire was sent and answered through the Internet. The data were processed in Excel spreadsheets and analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences 16 through descriptive measures and the extended Fisher's exact test, with a statistical significance of 5% ($p < 0.05$). The study population involved all those who completed the program during the period, totalizing a representative sample of 279 participants. As for the profile, 90.3% of the egresses are women, 49% are single, and 57% were born in the countryside. Regarding the professional placement, 93% of the egresses are working, 90% consider that their residency contributed to their placement, 74% have jobs related to their training, 49% have public employment relationships, and 42% have workloads of up to 36 h. There was a statistical significance between the previous bond and the current occupation, as well as between personal satisfaction and the placement in their field of training and compensation. The principles of the Unified Health System are well applied in the professional practice of the egresses, and the assessment of the training received was satisfactory.

Keywords: multiprofessional residency in health; professional placement; professional training in health; professional practice; unified health system.



INTRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Brasileira e a criação do SUS provocaram novos desafios à sociedade brasileira em termos de política de saúde, uma vez que ampliou o direito à saúde em um contexto que era centralizado e limitado a alguns grupos. Esse movimento embasou a construção de um sistema com base na universalidade do acesso e do direito, na integralidade da saúde dos cidadãos e na equidade da atenção, trabalhando-se com vulnerabilidades (Lei 8080/90), o que colocou em pauta a discussão de modelos de saúde.

Os modelos anteriores de saúde deixaram marcas históricas na área, influenciando projetos, modos de trabalho e maneira de formar os profissionais. Assim, em vez de um olhar ampliado para a saúde, que considerasse os determinantes sociais, o trabalho em equipe e um investimento em ações preventivas e de promoção, ainda se operavam, no interior dos serviços de saúde, a valorização de modelos caros e não muito efetivos, o trabalho fragmentado e centrado em certas profissões e uma valorização das ações no nível secundário e terciário em detrimento de ações no nível primário. A formação oferecida dissociava-se das necessidades da população, marcando uma distância entre ensino e assistência, o que exigia a busca de um novo paradigma que provocasse transformações no campo das práticas e saberes em saúde (PASINI, 2010). No entanto, apesar dessa lógica privativo-individualista, que perpetuava um modelo histórico de formação ao mercado privado, surge o papel do SUS, no Art. 200, da Constituição de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Tal ordenamento, mais tarde, foi visto como desenvolver ações que envolvessem regulação, apoio, fomento, manutenção e direcionamento de políticas educacionais à saúde, compreendendo-se como o desenvolvimento de ações educativas realizadas por meio do trabalho em saúde, cooperação técnica interinstitucional e, em especial, políticas de ensino, de pesquisa e de extensão que atingissem a gestão e atenção à saúde (FERLA *et al.*, 2017).

Conforme Campos (2015), a experiência acumulada no Brasil em relação à necessidade de mudança na formação dos trabalhadores ao SUS é clara em afirmar a multiprofissionalidade e o caráter interdisciplinar do trabalho em saúde e a proposição de uma clínica ampliada. Essa mudança, entretanto, não deixaria de valorizar, demandar e aplicar as competências específicas de cada profissão, mas proporcionaria um novo leque de conhecimentos a partir desse trabalho compartilhado, produzindo outros conjuntos de competências e conhecimentos (DEMARCO, 2011).

A residência multiprofissional em saúde (RMS) surge como uma modalidade adequada para o perfil de formação pretendido no SUS por meio da Lei 11.129/2005. Na Escola de Saúde Pública do RS, em 1977, é reconhecida a primeira RMS, como uma experiência inovadora na área do ensino ao incluir mais de uma categoria profissional (CECCIM; ARMANI, 2001). Diversas ações são desencadeadas pelo Ministério da Saúde, demonstrando a legitimidade de uma modificação nos modelos de ensino em vigor antes do SUS. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, de 2005,



já apontava a RMS como a estratégia de formação de trabalhadores ao SUS, com base em equipe multiprofissional.

A Política de Educação Permanente em Saúde é criada um pouco antes, na Portaria GM/MS nº 198/04, como uma estratégia à formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e a possibilidade de transformação da prática profissional e da organização do trabalho, que deveria ser estruturada a partir da sua problematização cotidiana nos serviços de saúde.

Assim, as RMS nascem como uma política do SUS no contexto da educação permanente em saúde na medida em que se colocam como modos de aprendizagem transversais no cotidiano de saberes e fazeres dos serviços. Dialogam e colocam-se voltadas aos problemas desse cotidiano, que exige uma construção dos próprios atores envolvidos, transformando esses movimentos em aprendizagem relevantes ao desenvolvimento do trabalho e, com isso, do cuidado ao usuário (DIAS *et al.*, 2015). A proposta desse novo modelo, que dialogue com a realidade local, verse a partir da integralidade do cuidado, compartilhe olhares e conhecimentos proporcionados por diferentes profissões e coloque o usuário como um ser ativo no seu cuidado, tenta romper com o modelo tradicional de fragmentação de saberes e com a cristalização de certos processos instituídos nos serviços.

A experimentação que essas relações proporcionam, entre ensino e aprendizagem e docência e atenção à saúde, conduz à reflexão crítica sobre o trabalho, modifica a clínica do profissional nos ambientes de saúde e traz luz à necessidade de promoção da saúde. Assim, novas ferramentas de gestão e atenção podem ser formadas para qualificar a atuação no sistema, por esse processo educativo nas práticas de serviço, que busca a construção de espaços coletivos de percepção e avaliação do cuidado. Essa condição de um olhar multiprofissional, inclusive, segundo Martins *et al.* (2010), seria colocada socialmente pela complexidade das demandas de saúde e pela resolutividade exigida do sistema para solucioná-las.

Segundo Pekelman (2018), a essência do aprendizado da RMS acontece por uma prática compartilhada entre residentes, preceptores, equipes de saúde e usuários, os quais formam esse cenário de ensino e vão transformando práticas a partir da própria exigência e necessidade do cotidiano de trabalho, que exige novos conhecimentos. Esses confrontos, remodelagens e desconstruções refletem nas questões da formação, provocando um movimento potente de intensidades e disputas de projetos e modos de cuidado nesses encontros (DALLEGRAVE, 2013).

Silva e Caballero (2010) apontaram que as RMS trabalham com a indissociação entre educação, trabalho e gestão e cuidado em saúde, e o processo de ensino deve ser uma experiência pedagógica para construção de práticas de Saúde Coletiva, solidárias e eficazes, na perspectiva do trabalho em equipe. Pensar o mundo do trabalho como um ambiente de formação é problematizar a existência de espaços de saúde favorecedores da vida e de recriações sociais.

O residente pode gerar “sementes” para mudanças nas formas de cuidado em saúde mesmo que tenha uma passagem curta. As transformações, no mundo do trabalho, provocadas em espaços cole-



tivos de reunião ou na clínica individual podem ficar nas pessoas que continuam nos serviços. Como trouxe Mehry (1997), o “autogoverno” do trabalhador, por vezes, é o que dará o perfil de modelo assistencial e responsável por transformações estruturais, ou seja, muitas vezes, essas “sementes” transformam serviços em um tempo histórico institucional diferente do tempo da formação na RMS, mas não deixam de ocorrer.

O Grupo Hospitalar Conceição - GHC é um complexo de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, vincula-se, institucionalmente, ao Ministério da Saúde e possui uma rede pública assistencial em todos os níveis de atenção. Possui uma tradição de ensino ao longo de sua história, uma das suas missões sempre foi ligada à área. Em 2004, suas quatro unidades hospitalares já tinham a certificação de Hospital de Ensino, com a responsabilidade de ser um campo formador de profissionais, de desenvolvimento científico e tecnológico e com produção de tecnologias gestão, educação e atenção ao SUS.

A instituição possui residência médica desde 1968. Sua residência multiprofissional em saúde – RMS surgiu em 2004 para especializar profissionais em diferentes serviços e níveis de assistência, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS, em um movimento e contexto de adaptar as políticas institucionais aos projetos do Ministério da Saúde e do SUS, pela Portaria 109/04, em áreas prioritárias. Inicialmente, foram definidas as áreas: Saúde da Família e Comunidade (SFC), Saúde Mental (SME) e Terapia Intensiva (programa modificado em 2010 para Atenção ao Paciente Crítico - APC). O único serviço que possuía um maior conhecimento do trabalho interdisciplinar era vinculado à Saúde de Família, que trabalhava com equipes multiprofissionais. Os demais programas tiveram que iniciar um processo de compartilhamento, interdisciplinaridade e discussão, mudanças desafiadoras para essas equipes, que tinham uma cultura hospitalar – que se caracterizam por um tipo de trabalho mais categorizado, fechado e com pouca tradição de espaço de discussão.

Ao longo da sua trajetória, outros programas foram incorporados – em 2009, surgiu o Programa Oncologia e Hematologia (OHE) e, em 2013, os demais: Atenção Materno-infantil e Obstetrícia (AMIO), Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – CTB (único uniprofissional, com duração de 3 anos) e Gestão em Saúde (GES).

Constituiu-se sempre por ser uma RMS diferente das demais pela ausência da tutoria formal, que é resguardada por uma instituição de nível superior, assim, alguns desafios práticos e pedagógicos são colocados aos programas e aos preceptores – que tentam viver e articular essa face entre “serviço” e “ensino”, constituindo-se figuras “híbridas”, estando na assistência e na docência e vivendo a tensão entre os dois papéis. No entanto, talvez por esse poder de flexibilidade, adaptação e ajuste, é uma RMS que sempre trouxe inovações, revendo seus processos e avaliando sua forma de organização junto aos próprios residentes, o que caracterizou uma cultura de participação, com espaços coletivos de planejamento e avaliação.

A RMS/GHC teve seu ato autorizativo concedido pelo MEC em 2018. Essa relação entre ser



uma instituição do Ministério da Saúde/MS e estar regulada, por ser uma RMS, pelo Ministério da Educação/MEC, é tema frequente em fóruns internos. O próprio nome inicial do programa e a oportunidade de contemplar outras disciplinas que agregam à área da saúde tiveram que ser revisados devido ao padrão preconizado pelo MEC, que só aceita as profissões nomeadas como “áreas da saúde” e fecha a oportunidade de adesão de outras – como artes, pedagogia e administração. Nesse sentido, é importante destacar que o GHC tem, em seu quadro, profissionais da área da educação no cargo de técnico em educação, alguns inclusive desenvolvem seu trabalho diretamente na assistência ao usuário. Pela regulação atual do MEC, tais profissionais não podem ser certificados nem serem preceptores nas RMS, mesmo possuindo ampla titulação e experiência na área. Tais profissionais fazem a figura de “apoio pedagógico” na RMS-GHC, acompanhando o desenvolvimento dos projetos pedagógicos nos programas e estabelecendo ações nesse sentido.

É uma RMS que vem formando profissionais há 18 anos, mas não apresenta estudo de egressos de todos os seus programas nessa trajetória. A partir dessa necessidade de conhecer a realidade dos egressos e utilizando-se esse tipo de pesquisa como uma ferramenta para avaliar o tipo de formação oferecida, o estudo pretendeu identificar o perfil sociodemográfico e a inserção dos egressos dos sete programas dessa RMS, de 2004 a 2019, bem como conhecer a avaliação do egresso sobre o seu programa de residência e sobre a relação dos princípios e diretrizes do SUS na sua prática.

Estudos sobre os egressos podem abrir diversas possibilidades no campo do ensino: é possível saber onde estão os egressos, se estes se inseriram no mercado de trabalho e se a formação contribuiu para tal. Além disso, dá visibilidade e uma devolução, à comunidade, sobre o ensino desenvolvido, necessárias às áreas sociais em que se tem essa transparência de ações como um dos princípios. Ao oportunizar que esse egresso faça uma avaliação do ensino recebido, a instituição pode ter elementos importantes para realizar uma análise dessa oferta e corrigir processos, rever conteúdos, qualificar as estruturas disponíveis, atualizar currículos, entre outros.

É relevante citar a Lei nº 10.861/04, em que o MEC instituiu o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior/SINAES, com uma forma integrada de avaliação e possibilitando que a instituição verifique a qualidade e o cumprimento de sua responsabilidade social – em autoavaliação. Esse tipo de avaliação está previsto nos Planos de Desenvolvimento Institucionais na área da educação como uma maneira de buscar a atualização dos processos de ensino, com uma revisão que seja de acordo à realidade e necessidade vistas pelo mercado de trabalho. Essa legislação elencará a avaliação do egresso como obrigatória para avaliação dos cursos de graduação. Ainda, entre as dez dimensões avaliadas, uma delas faz referência à inserção profissional dos egressos e à participação destes no universo da instituição.

Em um estudo com egressos de pós-graduação e de nível técnico do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), de Thuler *et al.* (2013), os autores consideraram que a avaliação de egressos é uma necessidade que aparece no Brasil para identificar a qualidade da forma-



ção e a colocação dos profissionais no mercado de trabalho e em ensino e pesquisa, áreas importantes à inovação do País.

MÉTODOS

Caracterizou-se como um estudo transversal, descritivo e quantitativo. A população constituiu-se de egressos dos sete programas, entre 2004 e 2019. Como este estudo procurava estabelecer relações entre os Programas, uma amostra representativa foi estabelecida, estatisticamente, para uma proporção adequada, considerando o número de egressos em cada um desses Programas, assim, considerando o total de egressos do período (em torno de 700), chegou-se ao “n” mínimo esperado de 273, com nível de significância $\alpha=0,05$ e um intervalo de confiança de 95% (Tabela 1). É importante considerar que existe uma diferença entre tempo de fundação e oferta de vagas entre os programas, por isso, programas menores e de menos tempo possuem um número menor de egressos.

Tabela 1 – Distribuição da amostra representativa segundo nível de significância $\alpha=0,05$.

Programa	N. esperado	N. alcançado
Saúde da Família e Comunidade	151	151
Atenção ao Paciente Crítico	57	60
Saúde Mental	32	32
Oncologia e Hematologia	17	20
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	6	10
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	2	3
Gestão em Saúde	2	3
Não aceitou participar da pesquisa	Não se aplica	2
TOTAIS	273	281

Fonte: Elaborada pela autora deste estudo.

O retorno ocorreu por parte de 281 residentes, sendo que dois não aceitaram participar na pesquisa, ficando com 279 respondentes. Isso representou em torno de 40% de retorno. Nesse tipo de pesquisa, o esperado é 25% de retorno, ou seja, o número de respondentes está adequado e assegurou representação entre os programas, uma vez que a representação estatística esperada por programa foi alcançada (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Optou-se por um formulário eletrônico pela praticidade, facilidade e redução de custos para colher as respostas (PRODANOV; FREITAS, 2013), a coleta foi realizada por e-mail, durante 4 meses, com perguntas de múltipla escolha e subjetiva no Google Docs, ferramenta que permite coletar e armazenar as respostas. Foram enviados e-mails 3 vezes aos egressos. Na primeira vez, foi enviado para um conjunto de 500 e-mails – número permitido pelo provedor; na segunda, para o restante dos egressos; na terceira ocasião, o e-mail foi enviado para todos, em uma sequência de 50 em 50 endereços.

O formulário escolhido abordou esses três temas: 1) perfil; 2) inserção profissional e 3) avalia-



ção do curso pelo egresso. Os dados foram processados em planilha Excel, organizados, convertidos ao formato de banco de dados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences, Versão 16. A análise descritiva e exploratória dos dados foi realizada pelas distribuições de frequências, foi calculada a média e o desvio padrão às variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa às qualitativas. O formulário continha um campo de comentários após algumas questões. As pesquisadoras consideraram importante realizar uma breve análise desses comentários para qualificar os dados quantitativos. Este estudo, porém, não foi considerado misto porque uma exploração mais aprofundada e rigorosa seria necessária. Para tal observação, foi considerada a análise de conteúdo de Bardin (2011), que se destina a dados dessa natureza. O projeto foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, parecer 19.100, obedecendo à resolução ética (CNS, 466/12).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico do egresso

Constatou-se que 90,3% dos egressos são do gênero feminino e 9,7% masculino, estando de acordo a pesquisas encontradas. Esse processo de feminização da área da saúde foi encontrado em um estudo de Wermelinger *et al.* (2010), que apontou que, nas últimas décadas, com a mudança na estrutura da sociedade, a afirmação do assalariamento e o acesso das mulheres em diferentes cursos e profissões, o panorama do mercado de trabalho modificou-se, sendo a mulher cada vez mais incluída. Na América Latina, entre 1960 e 1990, o percentual de mulheres trabalhando aumentou de 18 para 27%, no Brasil, em 1980 era 26,9% e, no final dos anos 90, já chegava a 47,2%, sendo que, na área da saúde, chega a 70%. Considerando-se as áreas públicas de educação e saúde, em cada 10 pessoas, oito são mulheres. Mesmo com maior inclusão e acesso da mulher ao mundo do trabalho, ainda persistem as desigualdades salariais e os vínculos mais precários, além da cultura das denominadas “ocupações femininas”, como serviços domésticos e administrativos. Sabe-se que esse tipo de trabalho envolve cuidado, uma tarefa que é atribuída historicamente à mulher. Nesse sentido, também, é importante considerar as jornadas extras enfrentadas pelas mulheres, assim como aquelas que envolvem a filhos, que são responsabilidades que recaem sobre as mulheres. O setor privado, por sua vez, em suas diferentes áreas, tende a valorizar mais profissionais homens por esses motivos. Com isso, essas áreas sociais absorvem um maior número de mulheres.

A média de idade dos egressos (ano em que ingressaram) foi de 26 anos, esse dado comprova que a média está em consonância à política proposta às residências multiprofissionais de incluir profissionais jovens no trabalho em áreas prioritárias do SUS. Nos estudos encontrados, a média maior ficou nessa faixa (BRASIL *et al.*, 2017, MELO *et al.*, 2012, MOTA, 2016). No estado civil, solteiros representaram 49% dos egressos e casados ou em união estável representam 27 e 21%, o que mostra um equilíbrio de estado civil entre solteiros e com relação estável. Ainda, 57% nasceram no interior, 37% na capital, 5% em outro estado e 1% em outro país.



No perfil de raça/cor, 90% dos residentes declararam-se da cor branca, 7% parda e 3% preta. O resultado está próximo dos dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando-se a faixa de idade encontrada na residência, para o Rio Grande do Sul – quando o percentual era 84, 9 e 5% respectivamente. Esse dado varia entre as regiões do Brasil. Em um estudo na Bahia, o percentual de negros e pardos chegou a 70% (CASTRO, 2014) – estando próximo do censo que apontou 80%.

É importante mencionar, em estudos de inserção profissional, que a desigualdade de gênero e de raça/cor também aparece em outros indicadores, como tipos de vínculo mais precários, cargas horárias excessivas e piores condições de trabalho, tendo a mulher negra e parda a maior vulnerabilidade nesse sentido. Vale destacar que a RMS-GHC não possui uma política de cotas raciais – o que poderia constituir-se como um bom indicador para impactar nesse maior acesso e inclusão e provocar outros estudos sobre tais dados.

A Tabela 2 mostra o panorama do perfil sociodemográfico dos egressos.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do GHC (n = 279) - Porto Alegre/RS – 2020

Característica	N.	%
Sexo		
Feminino	250	90
Masculino	27	10
Ignorado	2	-
Grupo etário (anos)^a		
< 30	241	87
30 até 34	24	9
35 até 40	10	4
41 e mais	2	-
Ignorado	2	-
Estado civil		
Solteiro	135	49
Casado	75	27
União estável	57	21
Divorciado	10	3
Ignorado	2	-
Raça/Cor		
Amarela	1	-
Branca	248	90
Parda	19	7
Preta	8	3
Não informado	2	-
Ignorado	1	-

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

A Inserção Profissional do egresso

Mesmo após 17 anos de sua regulamentação, persiste o desafio de incorporar os profissionais das RMS, de forma valorizada, no mercado de trabalho. Cabe salientar que a RMS/GHC é ligada ao Ministério da Saúde, ou seja, a estrutura e o vínculo dos atores envolvidos, embora tenham seus



desafios, não apresentam a precariedade percebida na rede de saúde – trabalhadores da instituição possuem direitos trabalhistas e oportunidades de formação. Esse cenário não é identificado como um contexto de outros locais – conforme ilustrado no comentário do egresso:

“O que eu vejo na prática e por trabalhar em um município do interior, é que os serviços do interior se distanciam em grande parte do serviço que vivenciei no GHC. Trabalho em uma equipe, que apesar de ser descrita como ESF, não funciona nos moldes como tal.” (Participante 1).

Nesse contexto externo de diferença de vínculos trabalhistas na área da saúde, percebe-se que é recorrente o caso de residentes que têm mais de uma residência, 10% apontaram que já realizaram outra residência, e a maioria dos egressos faz sua segunda residência por não conseguirem entrar no mercado de trabalho – como relatado comentário de um egresso:

“Temos uma formação voltada para o SUS, porém nem sempre após a conclusão conseguimos nos inserir no mercado de trabalho e no SUS. Por receio de não conseguir me inserir emprego, quando finalizei a primeira residência em 2017, acabei optando e conseguindo ir para a segunda residência. Observei que como eu, muitos outros colegas também seguiram esse caminho.” (Participante 2).

Ao se analisar a grande inclusão de jovens no nível superior, que aumentou 54% entre 2002-2012, e à diminuição, de 2015 a 2017, de menos 2,3 milhões de postos de trabalho no Brasil (IBGE, 2019), pode-se inferir que ocorra migração desses profissionais a vínculos menos formais. Segundo relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, em análise de indicadores do mercado de trabalho, a taxa de ocupação registrava uma queda preocupante em 2015, muito relacionada pela diminuição de postos de trabalho (IPEA, 2015), o contingente de profissionais em informalidade vem aumentado de maneira significativa - em 2014, representava 39% da população ocupada, passando para 41,4% em 2019 (IBGE, 2020).

É importante contextualizar que são dados gerais de empregabilidade que podem, ou não, retratar a realidade dos postos de trabalho em saúde – que, em geral, junto à área de serviços, era a menos influenciada pela informalidade (IPEA, 2018). Nas pesquisas similares de egressos encontradas, isso não foi analisado, mas é fundamental, nesta análise, pontuar a recente reforma trabalhista, que pode modificar essa realidade – tal legislação permitiu que as empresas contratem profissionais para atividades-fim sem estabelecer, necessariamente, vínculo empregatício com estes.

Embora esse quadro de precarização do trabalho esteja colocado em evidência, o percentual de soma de egressos trabalhando e estudando chegou a 93% - 66 e 27% respectivamente. Essa aparente contradição pode ser explicada pelo período longo da amostra na presente pesquisa, uma vez que houve relação entre um maior tempo de conclusão e melhor vínculo de trabalho (remuneração, carga-horária, relação com área). Pode ser explicada, ainda, pela realidade de postos de trabalho em saúde no Rio Grande do Sul, uma vez que esse tipo de dado varia bastante quando se analisa outros estados.

Esse resultado sobre inserção no mercado de trabalho ficou superior a outros similares encontrados na literatura. Um estudo com egressos no Ceará, de 2007 a 2010, encontrou que 77% estavam trabalhando, 9% apenas estudando e 14% de desempregados (MELO *et al.*, 2012). Em outra pesquisa, de Pernambuco, de 2012 a 2015, constatou-se que 83% dos egressos estavam trabalhando e 17%



apenas estudando (MOTA, 2016).

Na Tabela 3, é apresentada a inserção profissional por programa – em que se observa uma maior inserção que a média geral nos egressos dos Programas CTB (100%), Atenção ao Paciente Crítico e Saúde Mental (ambos com 97%), e uma menor inserção nos Programas de Gestão em Saúde (33,33%) e OHE (89%).

Tabela 3 – Empregabilidade por Programa dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde do período 2004 – 2017 (n = 279) - Porto Alegre/RS – 2020

Programa	% Trabalhando ou Trabalhando e estudando	% Estudando	% Nem trabalhando nem estudando
Atenção ao Paciente Crítico	97(58)	-	3(2)
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	90(5)	-	10(1)
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	100(3)	-	-
Gestão em Saúde	33,33(1)	33,33(1)	33,33(1)
Oncologia e Hematologia	89(18)	11(2)	-
Saúde da Família e Comunidade	93 (140)	7(11)	-
Saúde Mental	97(31)	3(1)	-

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

A diferença de empregabilidade de GES pode ser explicada porque muitos egressos do programa são da Saúde Coletiva, uma área nova na saúde e com dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho, 75% dos egressos do programa são dessa área segundo dados da secretaria do programa. Um estudo de Lorena *et al.* (2016), entre 2012 a 2014, mostrou que 57,6% dos egressos do curso não trabalhavam na sua área ou estavam se dedicando aos estudos. Em um estudo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de 2016, com egressos de 2012 até 2015, 76,19% não se consideravam inseridos no mercado de trabalho, apenas 23,81% se considerava inserido (SILVA *et al.*, 2017). Considerando o perfil desses profissionais e sua proposta de trabalho alicerçada em questões de interesse do SUS, como ações voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde de populações com base em fatores epidemiológicos, ambientais e sociais, a oportunidade de inclusão de trabalhadores da saúde coletiva é relevante.

Nesta presente pesquisa, embora se destaque a relevância, não foi possível estabelecer um estudo de categorias separadamente, uma vez que poderia comprometer o anonimato dos egressos – algumas turmas abriram somente uma vaga para determinada categoria nos programas menores.

Ao observar o município de locação dos egressos, o programa SFC é o segundo Programa que mais empregou em Porto Alegre (41%) – também é o maior programa (com maior número de egressos – em torno de 60%). Algo que ocorreu no município no período da pesquisa e pode ter interferido no resultado foi que em torno de 1.800 trabalhadores do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família estavam sendo demitidos em função da terceirização dos serviços de atenção básica, proposta pela prefeitura. Mesmo que esse programa tenha um número alto de egressos no mercado de trabalho, ficando na média geral desta pesquisa, é possível inferir que esses valores poderiam ser mais altos e



influenciar na média separada do programa e na inserção geral.

Em função da reforma trabalhista e do movimento ocorrido no município de análise desta presente pesquisa, é fundamental colocar, em discussão, os tipos de contrato de trabalho existentes no SUS – uma vez que tais vínculos mais inseguros e flexíveis, como a terceirização, podem modificar o panorama de mercado. Segundo Antunes (2013), no interior da flexibilização da organização do trabalho, a terceirização é a principal forma encontrada. Esse tipo de processo faz parte da reestruturação produtiva do trabalho e causa muitos impactos no mundo trabalho, uma vez que propõe a flexibilização das relações e a precarização do trabalho - com uma marca de insegurança e instabilidade desses vínculos (MAGALHÃES, 2015). A terceirização, portanto, seria uma forma de transferir responsabilidade de ações e serviços do Estado para empresas privadas que controlam e agem em favor do mercado – fragilizando os vínculos e a proteção dos trabalhadores.

A maior quantidade dos egressos está na capital (49%), o interior aparece em segundo lugar com 39%, outros estados com 9% e fora do País com 3%. Ao comparar-se a naturalidade do egresso com o município de trabalho atual, houve um aumento de 38% para a Capital, mas isso não quer dizer que o egresso mudou-se após a RMS – muitos já migram no ensino superior. Um estudo apresentou maior número de migração para capital, 42%, na Bahia, com egressos de Terapia Intensiva (CASTRO, 2014).

O programa que mais concentra profissionais na Capital é APC (74%) e os que mais têm egressos no interior são SME (48%) e SFC (45%). Esses dados estão em consonância à proposta de organização do SUS, proposta pelo Decreto 7508, de 2011, em que os municípios devem ter os serviços mínimos de atenção básica, urgência e emergência e atenção psicossocial, sendo que a atenção básica configura-se como a porta de entrada e ordenadora do sistema, e as regiões maiores são as responsáveis por serviços mais complexos (como serviços de emergências e unidades de terapias intensivas). Essa força de trabalho em níveis secundários e terciários deve estar localizada com maior significância nas capitais.

A maioria dos egressos era estudante (55%) no vínculo anterior – o que está de acordo aos achados: a RMS está contribuindo na inserção de jovens adultos no mercado de trabalho, conforme sua legislação de criação. Esse resultado é compatível com a percepção apresentada pelos egressos, 90% avaliou que a RMS contribuiu para essa inserção. A própria instituição absorveu 13% dos egressos. Essa inserção pode acabar fortalecendo a cultura de ensino em serviço e uma prática multiprofissional nas equipes – no cotidiano de trabalho da RMS-GHC, observa-se que muitos desses egressos contribuem com processos de ensino da instituição, envolvidos com preceptoria e docência.

No item que abordou a relação do trabalho com a formação realizada, ao observar o resultado geral, responderam que seu trabalho tem totalmente relação com a área da RMS 41% dos egressos, outros 33% disseram que tem relação parcial – ou seja, 74% dos egressos possuem um trabalho correspondente à área da formação. Não ter um trabalho relacionado à formação apareceu em 26% dos



egressos. Essa relação encontrada foi superior a outras pesquisas, que ficaram em 46 e 53% (MOTA, 2016; MELO *et al.*, 2012). O estudo que apresentou maior número de egressos na área foi de Castro (2014), com enfermeiros, que encontrou que 78% estavam inseridos na área. Essa diferença pode dar-se porque existem mais postos de trabalho na enfermagem do que os demais profissionais. Segundo relatório do IPEA (2016), a criação de postos de trabalho na área foi a segunda com maior crescimento entre 2009 e 2012.

Ao olhar os dados por programa separadamente, o que apresentou menos trabalho relacionado à área foi OHE – com 53%. Esse fato pode ser explicado por ser uma área da saúde muito especializada e em crescimento ainda (LUZ *et al.*, 2016) com poucos serviços disponibilizados na rede. Além disso, estudos apontam uma carga de trabalho complexa nessa área (CUNHA; FULY, 2017), bem como um desgaste de profissionais com o luto e com o sofrimento dos familiares (BORDIGON *et al.*, 2015).

Entre as áreas que os egressos trabalham, as mais citadas foram Atenção Hospitalar (31%) e Atenção Primária – 30%, entre as outras, destacam-se Ensino em Saúde (11%), Gestão em Saúde (10%) e Saúde Mental (11%). O percentual de egressos que estão em outras Áreas Sociais é igual ao que estão em Áreas Diversas (5%). É interessante observar que alguns profissionais que estão atuando em outras áreas observaram que a RMS foi importante na sua trajetória (Participante 3):

“Mesmo não trabalhando diretamente em um serviço de saúde mental, diversas situações me remetem a formação. Atualmente trabalho na rede de educação do ensino fundamental, são muitos os momentos que os alunos precisam de um olhar mais atento e uma escuta.” (Participante 3).

A média salarial dos egressos foi de quase cinco salários mínimos, sendo que a diferença entre mulheres e homens chegou a 36%. Essa diferença foi superior à média nacional do IBGE (2020) e ficou igual à média que era encontrada em 2013. Houve relação entre maior titulação do egresso e uma maior renda, mas não houve essa mesma significância estatística considerando os gêneros em separado.

Nos estudos pesquisados, a diferença salarial entre homens e mulheres não foi uma categoria de análise observada, mas isso está bem fundamentado nas pesquisas de mercado. Dados atuais do IBGE mostraram que as mulheres recebem, em média, 20,5% a menos que os homens em todas as ocupações relacionadas na pesquisa – mesmo que representem 52,4% da população ocupada no Brasil (IBGE, 2019). Essa desigualdade salarial não apareceu no quesito raça/cor como é encontrada em nível nacional – em que pessoas negras e pardas ganhavam 74% menos que pessoas brancas. Ainda, a relação entre raça/cor e uma menor empregabilidade não foi percebida estatisticamente, assim como não foi encontrada em relação ao gênero.

A média de carga-horária encontrada foi 40 horas semanais, que representa vínculos de acordo à legislação do trabalho, no teto de 44 horas semanais. Apenas 7% dos egressos apontaram uma carga horária maior que 44 horas semanais, 42% possuíam até 36 horas semanais. No estudo de Melo *et al.* (2012), a maioria dos egressos entrevistados trabalhava 40 horas semanais e 18% trabalhava acima.

O tipo de vínculo público foi o que mais apareceu na resposta de 45% dos egressos, seguido



de vínculo privado (39%) e autônomo/prestador de serviços (12%). Os demais tipos de vínculo apresentaram a seguinte incidência: temporário (5%) e bolsistas e informais (2%). No estudo de Melo *et al.* (2012), empregos com vínculo público e privados representaram 32%, enquanto que “temporários” tiveram a maior ocorrência - 53%.

Como a RMS estudada pertence a uma instituição pública e configurando-se essa formação como uma proposta de aprendizagem em ensino-serviço “no” e para “para” o SUS (CECCIN *et al.*, 2018), os egressos puderam responder o quanto aplicavam alguns de seus princípios e diretrizes. A RMS/GHC organiza os projetos pedagógicos e as matrizes curriculares dos programas com base na agregação teórica e prática do sistema. Algumas falas dos egressos comprovam essa consonância entre a formação que se oferece e o SUS:

“É extremamente relevante porque concretiza os preceitos constitucionais do SUS ordena a formação e desenvolve tecnologia e inovação em saúde. Essa formação acontece no SUS, algo extremamente inovador, ainda nos dias atuais.” (Participante 4)

“Voltei a estudar e estou fazendo graduação em Saúde coletiva pelo olhar que a residência aflorou em mim e minha vontade de ser parte ativa do nosso SUS”. (Participante 5)

“A formação me proporcionou uma grande atualização de conteúdos, além de ter despertado novos olhares em relação aos usuários atendidos pelo SUS”. (Participante 6)

Uma questão versava sobre a aplicação de princípios e diretrizes do SUS na prática do egresso. As diretrizes e os princípios desta análise foram escolhidos pela pesquisadora pelo entendimento de que representam adequadamente uma parte representativa do SUS. No entanto, são somente uma fração dessa política pública brasileira, que tem programas, políticas e outros princípios e diretrizes relevantes na sua história. Segundo suas respostas, os egressos aplicavam bem a universalidade, integralidade e igualdade, que tiveram 89, 86 e 87% de ocorrência. A utilização da epidemiologia como uma maneira de estabelecer prioridades foi observada na prática de 70%, isso pode representar a dificuldade de gestores, trabalhadores e serviços utilizarem a epidemiologia como um instrumento para planejamento de ações e serviços de saúde e destinação de recursos, como preconiza a Lei 8080/90 – como se observa, por exemplo, na tendência histórica de financiar certos programas no valor *per capita*.

A questão que analisava a Participação da comunidade também teve percentuais mais baixos de aplicação pelos egressos, 50%, é interessante observar que os conselhos são os maiores espaços de participação no SUS, sendo garantidos na própria Lei 8142/90. Mesmo com essa garantia em legislação, constituem-se como um dos desafios do SUS atualmente. Segundo Melo e Possa (2016), mesmo que se tenha avanços nas práticas democráticas em instâncias do sistema, há uma série de desafios para que se alcance a efetiva atuação dos atores em tais espaços. Esses desafios podem ser explicados, também, pelo pouco tempo histórico de abertura democrática no País. No estudo, ficou evidenciado que se estaria em um contexto de crise de representatividade, que, somado à desvalorização do conhecimento popular, à desinformação da população e à dependência de atores estatais para aplicarem propostas da comunidade, acabam enfraquecendo o controle social. Tais fatores também contribuiriam para que esses espaços sejam complexos aos representantes, influenciados pelos gesto-



res ou meramente informativos ou burocráticos.

Observar a aplicação de alguns desses alicerces do sistema na prática dos profissionais é fundamental para analisar uma formação pública como a RMS, porém, para uma maior qualidade dessa informação, outras pesquisas seriam necessárias para observar, de fato e com mais detalhamento, essa aplicação no cotidiano do trabalho. Foi possível perceber, contudo, a materialidade da aplicação dos princípios e das diretrizes em dois comentários:

“A formação em serviço e a construção de práticas e olhares multidisciplinares foram fatores centrais na qualificação do processo de aprendizado, além das possibilidades e da riqueza do campo de intervenção, da interface com a população usuária e com as instâncias de controle social”. (Participante 7)

“Parece essencial e complementar à formação dos cursos das áreas da saúde em Universidades, uma vez que nos permite vivenciar e exercer uma assistência multidisciplinar e humanizada, que valoriza e respeita a autonomia e a diversidade, com empatia e buscando a formação de vínculos entre profissional-paciente e a construção conjunta do cuidado, o que me parece a forma mais adequada de se fazer saúde”. (Participante 8)

A avaliação que o egresso fez da formação

Ao avaliar o aprendizado durante o curso, grande parte considerou seu aprendizado alto (95%), enquanto 3% avaliou regular e 2% apenas de baixo – quando observado os programas juntos. A Tabela 4, a seguir, traz os resultados dos programas separadamente, em que se constatou que a maioria dos programas não apresentou egressos que acharam o aprendizado baixo.

Tabela 4 – Avaliação do aprendizado durante o curso, por Programa, segundo opinião do egresso - Porto Alegre/RS – 2020

Programa	% Ótimo	% Bom	% Regular	% Ruim
Atenção ao Paciente Crítico	62(23)	32(21)	3(8)	3(8)
Atenção Materno-infantil e Obstetrícia	70(14)	20(4)	10(2)	0
Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial	34(1)	66(2)	0	0
Gestão em Saúde	34(1)	66(2)	0	0
Oncologia e Hematologia	37(7)	42(9)	16(3)	5(1)
Saúde da Família e Comunidade	55(83)	43(64)	1(2)	1(2)
Saúde Mental	38(12)	50(16)	9(3)	3(1)

Fonte: criada pela autora desta pesquisa.

Responderam que foi adequado o tempo de duração da RMS 95% dos egressos, essa questão referia-se aos dois anos da RMS, não à jornada de 60 horas que é tema polêmico e pauta recorrente nos seus espaços de representação. Essa carga horária: “desafia os limites dos sujeitos envolvidos, e se traduz em exaustão e pouca disposição para um processo de aprendizagem ativa” (PASINI; DALLEGRAVE, 2018, p. 162). Alguns comentários refletiram essa sobrecarga como um dos desafios da RMS e motivo de desgaste e sofrimento:

“Bastante aprendizado, mas muita carga horária que pode comprometer a saúde mental dos egressos ao longo dos 2 anos”. (Participante 9)

“Destaco, também, que eu sempre me sentia cansada na residência. Aprendi muito, mas não precisaria ser as custas de tanto desgaste, de a rotina tão abarrotada de coisas, de uma carga horária tão grande e de tanta pressão”. (Participante 10)

Os motivos mais citados para a escolha do programa estudado foram: qualidade do ensino (70%), cenários de prática/locais de vivência, gratuidade (55%), indicação (40%) e proposta pedagógica (34%). Entre os fatores que os egressos destacaram como diferencial na formação, estavam: por ser uma formação ao SUS (85%), pelos cenários de prática/vivência (66%) e por ser uma formação



vinculada ao GHC e sua rede de serviços (56%).

No item que avaliou os conhecimentos teóricos oferecidos na formação, 74% dos egressos avaliaram com “ótimo” e “bom”, outros 21% julgaram que foi regular e 5% que foi ruim. A atualização de conteúdos e a proposta dinâmica dos currículos foram observações apontadas pelos egressos:

“A formação me proporcionou uma grande atualização de conteúdos, além de ter despertado novos olhares em relação aos usuários atendidos pelo sistema público de saúde”. (Participante 11)

“Pensando o programa, acredito que o currículo é muito bom e forma profissionais bastante preparados para as mais diferentes realidades.” (Participante 12)

“Considero que foi muito importante a residência, pelos conhecimentos teóricos e práticos que me possibilitaram muita segurança para atuação profissional.” (Participante 13)

“A formação que tive foi determinante na minha atuação profissional e sempre tento disseminar o conhecimento que adquiri durante o programa”. (Participante 14)

Um item importante de avaliação e análise por parte dos egressos era o de conhecimentos práticos oportunizados na residência. Tal relevância se estabelece pela própria natureza e organização de uma RMS – em que 80% das vivências são práticas. Esse item apresentou o maior percentual de egressos que avaliaram como ótimo – 63%, ao somar com “bom”, que teve 31% das respostas, totalizam que 94% dos egressos. Alguns comentários dos egressos refletiram essas avaliações realizadas:

“Acredito que o fato de ter passado pela residência do GHC me ajudou a impactar positivamente a vida dos meus pacientes e que a capacitação que temos ao passar pelo programa (tanto teórica quanto prática, e gosto de enfatizar a prática) é tão boa que a maior parte dos meus colegas (tanto de turma, quanto de anos anteriores e posteriores) estão em boas posições do mercado”. (Participante 15)

“Residência você aprende a trabalhar, algo que todo profissional deveria fazer. Aprendi muito na minha. Sai da faculdade sem saber coletar CP e aprendi na residência”. (Participante 16)

Uma análise relevante em pesquisas sobre RMS é referente à preceptoria, em relação à qualificação de preceptores e docentes, 47% dos egressos indicaram o bom, 30% ótimo, 17% regular e 6% ruim, a soma de ótimos e bons totalizou 77%. Os comentários dos egressos refletem a necessidade constante de qualificação dos envolvidos na RMS, esses espaços dependem muito da disponibilidade de cada ator, por isso, também, é fundamental que haja uma cultura de ensino na instituição, materializada em políticas institucionais e ferramentas de gestão, para respaldar a aprendizagem em serviço, conforme as falas:

“Naquele período os gestores e equipes demonstraram não estar bem preparados para receber os residentes.” (Participante 16)

“Alguns campos foram mais proveitosos que outros, principalmente quando relacionados a forma de atuação dos preceptores”. (Participante 17)

Esses dois itens de avaliação, “conhecimentos teóricos” e “qualificação de preceptores e docentes”, espelham boa parte dos desafios enfrentados por quem trabalha com a RMS na instituição. Os programas hospitalares, por exemplo, têm dificuldade em manter espaços teóricos, fazer a composição de preceptores e estabelecer relações interpessoais que facilitem o ensino, pois vivenciam maior dificuldade de conciliar atividades da assistência e do ensino –além da própria natureza do trabalho de menos espaços compartilhados de discussão. Conforme Fajardo e Medeiros (2018), a atuação da preceptoria é complexa pelo fato da produção de conhecimento carregar características históricas da formação desses profissionais – em que os saberes são centrados, especializados e fragmentados, sendo necessário prover condições para que possam analisar e criar novos modelos de atenção à saúde.

A RMS oferece formação e momentos coletivos de diálogos entre os programas, mas ainda é



necessário que a instituição crie condições plenas para realização da preceptoria, por exemplo, com a garantia de uma carga horária protegida para esses profissionais, que apareça na forma de contabilização de uma produção em saúde e nos instrumentos de valorização institucional. Além disso, é preciso criar um modelo de saúde que trabalhe, de fato, para uma política de Estado, não de governo – para, assim, respaldar as práticas que estejam de acordo ao SUS em diferentes cenários.

Apesar dos desafios que apareceram, o encontro de preceptor e residente é um espaço de muita potência e aprendizagem, o preceptor percorre as linhas entre o seu conhecimento especializado e as experiências do trabalho em saúde e reconstrói-se (PEREIRA; DALLEGRAVE, 2018). Essa forma de ensino foi representada no comentário:

“O aprendizado se dá sem que se perceba claramente que está ocorrendo. O saber está integrado ao fazer prático das equipes”. (Participante 18).

Ainda existe o desejo de experiências práticas de integralidade na RMS (DALLEGRAVE, 2009), mas efetivar uma prática multiprofissional nos serviços também é um desafio, como já observado. Essa dificuldade é notada nos espaços transversais, entre os programas, vendo-se disputas entre níveis de atenção, movimentos de limitar-se às suas áreas, não conseguindo estabelecer relações de temas afins. Essa polarização sempre foi percebida na área da saúde, mas merece análise de quem está propondo uma formação multiprofissional – ou se recai no risco de repetir modelos que são pouco efetivos, como apontam as falas:

“Minha satisfação com a residência enquanto processo formativo é alta, embora acredite que a instituição poderia ter sido facilitadora e estimuladora de maior integração entre as ênfases e de processos formativos mais transversais”. (Participante 19)

“Houve algumas falhas na formação em serviço, especificamente, na fragilidade da proposta pedagógica vigente na época e sua articulação com outras áreas de formação”. (Participante 20)

Mesmo com essas tesões e desafios, existe potência na RMS, criando frutos em trabalhadores que saibam lidar com a complexidade envolvida no contexto de uma prática social:

“A formação em Saúde da Família me parece essencial e complementar à formação dos cursos das áreas da saúde em Universidades, uma vez que nos permite vivenciar e exercer uma assistência multidisciplinar e humanizada, que valoriza e respeita a autonomia e a diversidade, com empatia e buscando a formação de vínculos entre profissional-paciente e a construção conjunta do cuidado, o que me parece a forma mais adequada de se fazer saúde”. (Participante 21)

Essa transformação percebida nos egressos demonstra que existe uma característica subjetiva que é difícil de ser evidenciada em qualquer tipo de pesquisa que o ensino tem: ele proporciona ferramentas humanas que vão além do prescrito em um instrumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a RMS está cumprindo o papel designado às residências: ajudar a inserir jovens adultos no mercado de trabalho em áreas prioritárias ao SUS. Mesmo com a crise econômica e a diminuição postos de trabalho, esses fatores não apareceram nos percentuais de inserção profissional e não houve migração significativa para a Capital, além disso, o estudo mostrou que egressos formados em níveis secundários e terciários se encontram com maior ocorrência na Capital, e os egressos de níveis primários estão no interior, dados coerentes à proposta de organização do SUS.



É preciso refletir sobre a diferença salarial entre homens e mulheres, principalmente, considerando que é o gênero feminino é o mais inserido na área. Embora essa diferença tenha sido encontrada, o tipo de vínculo e a carga horária dos egressos mostraram estar de acordo às leis trabalhistas e com maior resguardo trabalhista. Não houve relação entre uma melhor avaliação dos itens propostos e uma maior empregabilidade e remuneração dos egressos, mas houve relação no fato de que as turmas mais antigas possuem uma melhor colocação no mercado de trabalho.

Os princípios e as diretrizes são bem aplicados pelos egressos. Mesmo que fosse um item subjetivo de análise, outras pesquisas similares não abordavam essa aplicação, mas é importante avaliar de alguma forma, uma vez que a RMS foi criada para esse fim. Ressalta-se que a consonância ao SUS foi muito referida em dados e comentários, demonstrando que a formação está adequada à proposta da RMS e da instituição pública que a oferece, voltada ao SUS.

As avaliações realizadas pelos egressos foram positivas, o que reflete e está de acordo aos demais dados que a pesquisa comprovou: inserção alta, remuneração adequada ao mercado e vínculos de trabalho com direitos trabalhistas respeitados. No entanto, sabe-se que relação de trabalho no SUS exigiria um investimento maior: com plano de cargos e salários, garantia de capacitação e redimensionamento adequado de vagas e processos de trabalho. Esse panorama está ficando mais distante com as medidas atuais adotadas de retirada de direitos e precarização do trabalho – com a terceirização da área fim sendo permitida – algo que tende a agravar e piorar as condições de trabalho e do trabalhador.

É necessário que a instituição crie condições plenas à realização da preceptoria, que requer busca e estudo de conteúdo e ferramentas. Para isso, é balizar que o ensino não seja visto como algo dissociado da assistência, mas um aliado fundamental e inerente para qualificá-la. É fundamental que a instituição tenha uma cultura de ensino vista em suas políticas institucionais e de gestão e que isso chegue às equipes e às práticas profissionais, com criação, manutenção e fortalecimento de espaços de participação. Algumas contribuições que este estudo pode sugerir para um ensino de maior qualidade seriam: carga horária protegida aos profissionais de ensino, contabilização de uma produção em saúde com instrumentos de valorização institucional, criação de uma política de ensino adequada com o ensino como algo transversal ao cuidado em saúde e modelo de saúde único com o respaldo das práticas que estejam de acordo ao SUS.

Percebeu-se, ainda, o desafio de trabalhar a transversalidade entre os programas, para essa questão, sugere-se a criação de espaços compartilhados e a possibilidade dos residentes transitarem entre os níveis de assistência. Externamente, propõe-se uma maior aproximação das universidades aos serviços e, também, a maior inclusão de trabalhadores dentro destas, pois essa integração é uma oportunidade de trazer interdisciplinaridade aos currículos. Além disso, é necessário que as instituições avaliadoras valorizem essas ações, assim como fazem com as produções – tanto científicas quanto da assistência.



Contudo, é fundamental refletir sobre os modelos pré-estabelecidos e regulados aos quais as instituições devem submeter-se para serem formalizadas, não podendo se perder de vista a proposta de uma educação transformadora, com pluralidade e abertura às disciplinas. A RMS tem essa característica de transformação, que foi percebida nos comentários dos egressos. Essa mudança mostra que existe uma face subjetiva e, talvez, inalcançável no universo do ensino e que nenhuma pesquisa conseguirá dar conta: essa transformação que vai além daqueles aspectos que podem ser prescritos, somados, avaliados e respondidos em formulários, que é uma expressão do ensino que amplia olhares, afeta pessoas e as humaniza para um modo de viver e agir consciente, solidário e ético.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo, Druck, Graça. A tercerização como regra? *Revista do TST*, Brasília, DF, v. 79, n. 4, p. 214-229, out./dez. 2013. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/55995/011_antunes_druck.pdf?sequence=1#:~:text=movimento%20tendencial%20em%20que%20terceiriza%C3%A7%C3%A3o,a%20amplia%C3%A7%C3%A3o%20da%20sua%20l%20g%C3%B3tica. Acesso em: 5 fev. 2019.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORDIGNON, Maiara *et al.* Satisfação e insatisfação do trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 925-933, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RjmsGYzGhZCH7b3z6bfVXvp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. 24. ed. atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. *Decreto 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. *Lei Federal 8080/90, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 4 fev. 2019.

BRASIL. *Lei Federal 8142/90, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8142.pdf. Acesso em: 4 fev. 2019.

BRASIL. *Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regula-



mentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 8 fev. 2019.

BRASIL. *Lei Federal nº 10.861, de 14 de abril de 2004*. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.861.htm. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. *Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/L11129.htm. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Ministerial nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf. Acesso em: 8 fev. 2019.

BRASIL, Camila da Costa *et al.* Perfil e trajetória profissional dos egressos de Residência Multiprofissional: trabalho e formação em saúde. *SANARE*, Sobral, v. 16, n. 1, p. 60-66, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1095/606>. Acesso em: 2 fev. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, Gastão. *Saúde Paidéia*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CASTRO, Livia Magalhães Costa. *Estudo de egressos de uma residência de enfermagem em terapia intensiva da Bahia*. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/23576/1/DISSERTATA%C3%87%C3%83O%20L%C3%8DVIA%20MAGALH%C3%83ES%20COSTA%20CASTRO.pdf>. Acesso em: 12 de fev. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Tereza Borgert. Educação em Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg *et al.* Ensiqlopédia das Residências em Saúde: um projeto em verbetes à interlocução com um projeto de ensino na saúde. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.



CUNHA, Daianny Arrais de Oliveira; FULY, Patricia dos Santos Claro. Carga de Trabalho em enfermagem oncológica. *Revista Cubana de Enfermería*, Cuba, v. 33, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1030/315>. Acesso em: 2 fev. 2019.

DALLEGRAVE, Daniela. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. 91 f. Tese de Mestrado (Escola de Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13065/000637637.pdf?sequence=1>. Acesso em: 2 fev. 2019.

DALLEGRAVE, Daniela. *Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no país das maravilhas*. 161f. Tese de Doutorado (Faculdade de Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85234/000908971.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 fev. 2019.

DEMARCO, Egídio Antônio. *Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência*. 83f. Dissertação (Faculdade de Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142762/000821978.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 fev. 2019.

DIAS, Míriam *et al.* Redes vivas de educação em saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. In: FERLA, Alcindo *et al.* (org.). *Redes vivas de educação e saúde*. 1 ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015.

FAJARDO, Ananyr Porto; MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Função preceptoria. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

FERLA, Alcindo Antônio, *et al.* *Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2018: características adicionais do mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2019: características adicionais do mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *PNAD 2014: breves análises*. Brasília, DF: IPEA, 2015.



INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *PNAD 2015*. Brasília, DF: IPEA, 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Mercado de trabalho: conjuntura e análise*. Brasília, DF: IPEA, 2018.

LORENA, Allan Gomes de *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 369-380, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HQHx8pTWzqy4VkpHv6D5Wzb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 fev. 2019.

LUZ, Kelly Regina da *et al.* Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, p. 3369-3376, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11418/13204>. Acesso em: 2 fev. 2019.

MAGALHÃES, Anne. A precarização do trabalho: reflexos e impactos na política de saúde brasileira. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DA UNIVERSIDADE DO MARANHÃO, 7, 2015, São Luís. *Anais [...]*. São Luís: Universidade do Maranhão, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/precarizacao-do-trabalho-reflexos-e-impactos-na-politica-de-saude-brasileira.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, Anisia Reginatti *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em saúde: fazeres & saberes na Formação em Saúde*. 1 ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MEHRY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MELO, Carla Nayane Medeiros *et al.* Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. *SANARE*, Sobral, n. 1, v.11, p. 18-25, jan./jun.2012. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/262/235>. Acesso em: 9 fev. 2019.

MELO, Rafael Cerva; POSSA, Lisiane Bôer. Democracia no SUS, como estamos? Um debate sobre a participação social a partir da literatura recente. *Saúde em Redes*, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 393-408, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163203/001021598.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 de fev. 2019.

MOTA, Raquel Barros Andrade. *Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: uma avaliação da política de educação permanente em saúde no HC/UFPE a partir da inserção dos egressos no mercado de trabalho de 2012 a 2015*. 66f. Dissertação. (Mestrado Profissional em Políticas Públicas – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/20013/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20RAQUEL%20BARROS%20ANDRADE%20MOTA%20CFCH%20MPPP.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.



PASINI, Vera Lúcia. *Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS*. 155fl. Tese (Doutorado. Faculdade de Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/713/1/425610.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2019.

PASINI, Vera Lúcia; DALLEGRAVE, Daniela. Jornada. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

PEKELMAN, Renata. Educação Popular em Saúde. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

PEREIRA, Malviluci; DALLEGRAVE, Daniela. Formação para preceptores. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (Org.). *EnSiQlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Nova Hamburgo: Feevale, 2013.

SILVA, Quelen Tanize Alves da; CABALLERO, Raphael da Silva. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. 1 ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

SILVA, Vivian Costa da *et al.* Desafios e possibilidades da inserção profissional de bacharéis em saúde coletiva. *Revista INSEPE*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 14-34, 2º sem. 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/170163/001051009.pdf?sequence=1>. Acesso em: 4 fev. 2019.

THULER, Luiz Cláudio, *et al.* Perfil dos egressos dos cursos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva: Pós-Graduação Lato Sensu e Nível Técnico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 59, n. 4, p. 505-512, 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/966/582>. Acesso em: 4 fev. 2019.

WERMELINGER, Mônica *et al.* A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.



Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 07 de março de 2022.

Aceito em 20 de abril de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

BRANCHI, Aline Zeller; MENDES, Jussara Maria Rosa. Residência Multiprofissional em Saúde: perfil, inserção profissional e avaliação dos egressos de sete programas de um complexo de serviços de saúde público. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 10-32, 2022.





Acolhimento à demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família e sua organização: revisão integrativa

Accommodation of of spontaneous demands in the Family Health Strategy and its organization: an integrative review

Gerusa Bittencourt ¹

Mauricio de Souza Silveira ²

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral conhecer, por meio de uma Revisão Integrativa da literatura, a realidade do acolhimento à demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família; e como objetivo específico descrever a organização do acolhimento à demanda espontânea na Estratégia da Saúde da Família. As buscas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). A amostra foi formada por 21 artigos, predominantemente de autoria de profissionais da enfermagem. Os 21 artigos estudados foram categorizados em cinco principais temas, os quais foram: profissionais que realizam acolhimento; método/organização do acolhimento; participação popular; potencialidades; fragilidades. A partir da análise destes conclui-se que o acolhimento trouxe um novo modo de atender a população na atenção básica através da escuta qualificada e humanizada com responsabilização e comprometimento com as necessidades do outro e revelou as dificuldades de readequar a teoria à prática.

Palavras-chave: acolhimento; atenção primária à saúde; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

The general objective of this study was to learn, through an integrative literature review, the reality of the accommodation of the spontaneous demands in the Family Health Strategy, with the specific objective of describing the organization of the accommodation of spontaneous demands in the Family Health Strategy. The searches were carried out on the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), the Virtual Library on Health (BVS, BIREME), the Scientific Electronic Library Online (SciELO), and the Nursing Database (BDENF). The sample was composed of 21 papers predominantly authored by nursing professionals. The 21 papers studied were categorized into five main themes, namely: professionals that perform the accommodation; method/organization of the accommodation; popular participation; potentials; weaknesses. From the analysis of such papers, it was concluded that the accommodation brought a new way of serving the population in primary care through qualified and humanized listening with accountability and commitment to the needs of others, in addition to revealing the challenges of readapting theory to practice.

Keywords: accommodation; primary health care; family health strategy.

¹ Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Enfermeira da Prefeitura de Porto Alegre no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul. Contribuição de autoria: a autora contribuiu na concepção do artigo, construção do texto e revisão do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2109-1162>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9931689412681744>

E-mail: gerusa.bittencourt@portoalegre.rs.gov.br

² Mestrando no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), enfermeiro tele consultor no Telessaúde RS.

Contribuição de autoria: a autora contribuiu na concepção do artigo, construção do texto e revisão do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-810X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7307400884015104>

E-mail: mauriciomdesouza@gmail.com



INTRODUÇÃO

Desde de 2003, com o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), o acolhimento é uma das principais diretrizes dessa política, sendo um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a). Segundo Souza et al. (2008), o acolhimento tem por função garantir a universalidade do atendimento, constituindo a porta de entrada para o SUS e também como um dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho e co-responsabilizar a produção de saúde para toda a equipe. Focando na escuta, ele visa atender o paciente de forma integral, atenciosa, responsável e resolutiva, garantindo a continuidade da assistência (COELHO, 2010).

Orientado pelos princípios do SUS, este dispositivo se propõe a reordenar o funcionamento e a organização do serviço de saúde. Busca atender todas as pessoas de forma que garanta o acesso universal ao serviço e reorganiza o processo de trabalho, a fim de compartilhar o atendimento com uma equipe multiprofissional e não só com o saber médico, qualificar a relação do profissional com o usuário nos moldes da humanização, solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Rocha et al. (2017) considera que o acolhimento se inicia desde o primeiro momento que o usuário chega à unidade de Saúde, onde se espera “uma postura ética, responsável, de trocas de saberes, respeitando-se a singularidade de cada caso e construindo junto com o usuário, o melhor caminho para sua saúde”.

A criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como uma de suas principais propostas e objetivos a reorganização da atenção básica no Brasil, a ampliação da resolutividade na situação de saúde das pessoas e comunidades (BRASIL, 2012). A Estratégia de Saúde da Família tem como base a promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando a integralidade do cuidado e formando relações de vínculo e responsabilização entre equipes e população atendida para garantir a continuidade nas ações e cuidados prestados (SILVA; FERNANDES; XAVIER, 2008). Nesse contexto, se enfatiza a importância de o acolhimento acontecer em todos os locais, momentos e ser realizado por todos os profissionais de uma unidade de saúde (MALTA; REIS; MERHY, 2000).

O acolhimento à demanda espontânea se propõe a agilizar o atendimento, mas sem excluir sua função de universalidade e equidade, mantendo a escuta atenciosa para a geração de vínculo. Ele visa a avaliação dos usuários e determina a prioridade de acordo com risco e vulnerabilidade, mas ampliando o acesso, visto que todos serão atendidos (SOUZA, 2015). Essa prática não deve ser confundida com a simples prática de triagem, onde apenas se decide quem passa ou não para consulta médica. A triagem estabelece apenas relações de queixa-conduta, que gera um cuidado fragmentado e de baixa resolutividade (LIMA; ASSIS, 2010). Este estudo pretende, a partir de uma revisão da literatura, conhecer a realidade do acolhimento à demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família.

O objetivo geral deste estudo foi conhecer, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a realidade do acolhimento à demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família. O objetivo



específico deste estudo foi descrever a organização do acolhimento à demanda espontânea na Estratégia da Saúde da Família.

Esse estudo se justifica pela inserção do residente de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, onde participa de vários espaços de atuação existentes em tal local, entre eles o acolhimento. O acolhimento como prática cotidiana e fundamental nos serviços de saúde é uma forma de ofertar a população um ambiente de escuta ativa a fim de atender e resolver de modo corresponsável as necessidades dos usuários e comunidade. Este estudo torna-se importante para conhecer e compreender os vários modos de acolher a demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família.

REVISÃO DE LITERATURA

O acolhimento é visto como o elemento inicial do processo de trabalho na ESF, com uso de tecnologias leves que se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não só fundadas em tecnologias duras caracterizadas pelo domínio de conhecimentos médico ou de enfermagem (MERHY; ONOCKO, 1998). É um instrumento de empatia, o qual se constitui a partir do interesse na fala do outro (COSTA, 2004).

O acolhimento pode ser visto como um dispositivo de garantia para a entrada da demanda espontânea dos usuários nas unidades, como forma de acolher o sofrimento e a doença, ultrapassando a lógica programática, que excluía a entrada de usuários que não se enquadravam nos programas e prioridades estabelecidas (BELO HORIZONTE, 2008).

Um dos principais desafios da Estratégia de Saúde da Família é a organização do seu processo de trabalho, principalmente relacionado a suas demandas, tanto programática como espontânea, que necessitam de espaço e tempo para serem atendidas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010b). O caderno de atenção primária de número 28 diz que “para que haja efetiva organização da demanda, é necessária ampla discussão envolvendo todos os trabalhadores da unidade de saúde e a participação da comunidade na tomada de decisão” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010b).

Na Estratégia de Saúde da família os profissionais necessitam compreender as necessidades de saúde de forma ampliada. Entretanto, percebe-se “que essa proposta é prejudicada em relação à formação profissional quando supervaloriza a prática hospitalar e o profissional médico, em detrimento da atenção básica e da produção do cuidado” (SANTOS; SANTOS, 2011, p. 706).

No modelo de ESF é possível atender dois tipos de demandas, a programada e a espontânea. Nesta, inclui-se urgências e emergências. Entende-se por demanda programada, atividades agendadas previamente, como consultas de pré-natal, puericultura, grupo, tornando-se uma importante ferramenta aos serviços de Atenção Primária à Saúde (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006). Diferente da demanda espontânea, onde o usuário procura a unidade “inesperadamente, seja para problemas agudos ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessário de saúde” (PAULINO, 2014, p. 14).

Cada equipe organiza sua oferta, de acordo com sua capacidade e demanda da população



adstrita, estando em constante avaliação e adaptação. Desta forma, com a identificação de prioridades que propiciem a programação de atividades e outras intervenções para atender adequadamente as necessidades da população (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010b).

A classificação de risco é uma ferramenta utilizada para organização do acolhimento à demanda espontânea, visando agilizar o atendimento e dando prioridade para os que mais necessitam. O profissional que está fazendo o acolhimento, de acordo com a classificação de risco, “avalia e direciona os usuários que procuram atenção para a forma de atendimento mais adequada e equânime” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010b).

A prática do acolhimento e da classificação de risco exige o entendimento de seus significados tanto da população como dos profissionais de saúde, visto que haverá mudanças nos processos de trabalho que afetam diretamente na assistência aos usuários (SOUZA, 2015).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa (RI) de pesquisa. Este método reúne resultados obtidos de outras pesquisas sobre o mesmo tema, com o objetivo de sintetizar e analisar os dados obtidos, desenvolvendo uma explicação mais abrangente do fenômeno estudado. O estudo foi realizado por meio das seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Através do aprofundamento da temática e definição dos aspectos mais relevantes foi possível a delimitação do problema que partiu da seguinte questão norteadora: de que forma o acolhimento tem sido realizado no processo de trabalho de equipes de saúde da família?

A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto do ano de 2018 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Esta escolha deve-se pela intenção de ter uma maior abrangência nas buscas bibliográficas. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Acolhimento, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família.

Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados artigos primários que abordam a temática em estudo nos idiomas português, que estejam disponíveis online na íntegra, publicados no período de 2008 a 2017. Os critérios de exclusão foram resumos de trabalhos publicados em anais de eventos, dissertações, teses ou textos de Instituições governamentais; estudos secundários como revisões ou relatos.



O cruzamento dos DeCS seguiu o seguinte protocolo conforme apresentado em quadro 1.

Quadro 1 - Cruzamentos de DeCS por Base de dados.

Base de dados	Cruzamento
LILACS	Acolhimento AND Atenção Primária à Saúde
BIREME	
Scielo	Acolhimento AND Estratégia Saúde da Família
BDENF	

Fonte: o autor (2018)

Através do cruzamento dos descritores encontrou-se um total 495 artigos, sendo 85 no LILACS, 163 na Scielo, 205 na BIREME e 42 na BDENF. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 320 artigos. A seguir foi realizada a leitura dos títulos e resumos restando 62 artigos (20 LILACS, 17 BIREME, 12 Scielo, 13 BDENF). Após leitura na íntegra dos artigos e eliminação de artigos duplicados foram selecionados 21 artigos que constituíram essa revisão integrativa. Para avaliação dos dados, utilizou-se um instrumento com os dados básicos dos artigos selecionados para facilitação da leitura (APÊNDICE A), contendo o título do artigo, autor, ano de publicação, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.

Na análise e interpretação dos dados realizou-se a síntese e comparação das informações, analisadas e interpretadas segundo convergência e/ou divergência, sendo apresentadas, por fim, na forma de quadro sinóptico o qual caracteriza os dados extraídos dos artigos e discussão das informações de todos os autores.

Considerando-se os aspectos éticos, nessa revisão integrativa foi assegurada a autoria dos artigos pesquisados, utilizando-se para citação e referências dos autores as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

RESULTADOS

Foram encontrados 21 artigos que contemplaram a questão de pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão inicialmente estabelecidos. Os artigos que compõem esta revisão em sua maioria estão em periódicos nacionais (90,5%) e apenas 2 artigos estão em periódicos colombianos (9,5%), totalizando 15 periódicos (Tabela 1). 11 dos artigos selecionados estavam em periódicos de enfermagem.



Tabela 1 - Frequência e porcentagem de artigos por periódico.

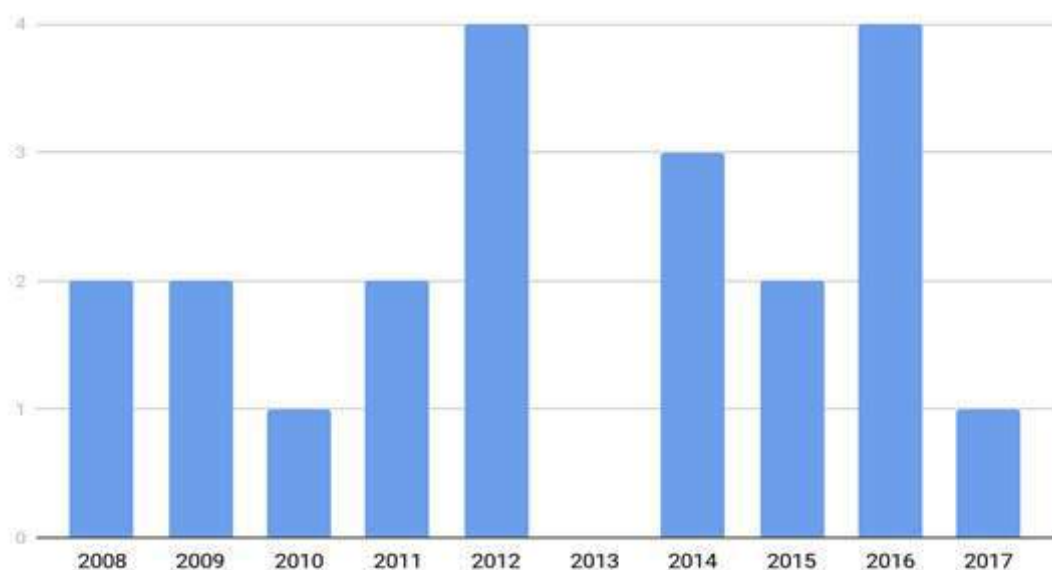
Periódico	F	%
Revista Mineira de Enfermagem	3	14,3
Saúde Debate	3	14,3
Revista de APS	2	9,5
Revista Enfermagem UERJ	2	9,5
Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde	1	4,8
Acta Paulista de Enfermagem	1	4,8
Cuidarte Enfermagem	1	4,8
Revista Baiana de Saúde Pública	1	4,8
Revista de Salud Pública	1	4,8
Texto e Contexto Enfermagem	1	4,8
Aquichan	1	4,8
Revista Gaúcha de Enfermagem	1	4,8
Journal of Nursing and Health	1	4,8
Saúde e Sociedade	1	4,8
Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro	1	4,8
Total	15	100

Fonte: o autor (2018)

Na figura 2, apresentam-se os estudos conforme o ano de publicação. No ano de 2008 foram encontrados dois (%) artigos, em 2009 dois (%) artigos, em 2010 um (%) artigo, em 2011 dois (%) artigos, em 2012 quatro (%) artigos, em 2014 três (%) artigos, em 2015 dois (%) artigos, em 2016 quatro artigos e em 2017 um artigo (%). Em 2013 não foi encontrado nenhum artigo.



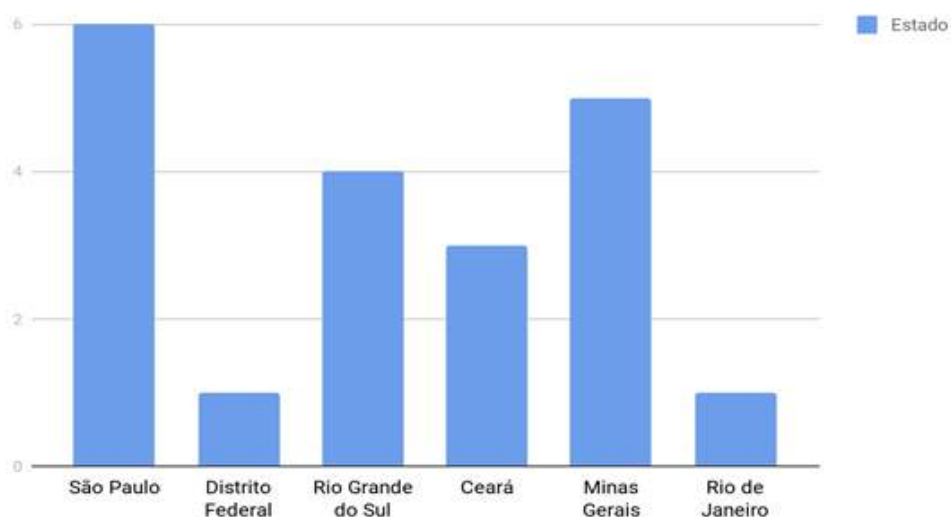
Figura 2 - Distribuição dos artigos conforme o ano de publicação.



Fonte: o autor (2018)

Os estudos selecionados aconteceram em cinco estados do Brasil e no Distrito Federal, sendo em sua maioria em São Paulo (%), seguido de Minas Gerais (%), Rio Grande do Sul (%), Ceará (%), Rio de Janeiro (%) e Distrito Federal (%). Em um dos artigos não estava exposto qual o estado que foi realizado (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição dos artigos conforme estado de realização do estudo

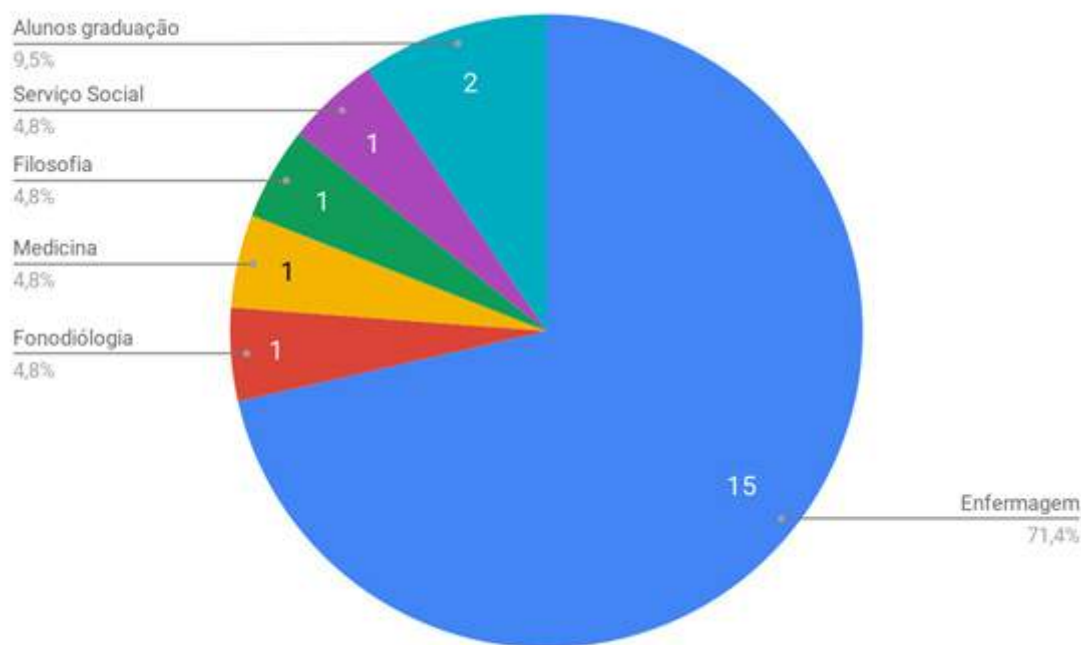


Fonte: o autor (2018)



Em relação a profissão do autor principal de cada artigo, foram encontradas cinco profissões diferentes e também alunos de graduação como autores principais. A grande maioria eram enfermeiros (71,4%) (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição dos artigos por categoria profissional do autor principal



Fonte: o autor (2018)

A seguir é apresentado o quadro sinóptico dos 21 artigos científicos analisados nesta revisão, o qual fornece uma melhor compreensão da temática pesquisada a partir da representação sintética dos mesmos (Quadro 2).

Quadro 2 - Quadro sinóptico dos artigos científicos incluídos na amostra

nº	Título e objetivo	Autores, ano e citação
1	Título: A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo Objetivo: descrever a demanda, as necessidades assistenciais, a morbidade e os encaminhamentos dados aos usuários do Serviço de Acolhimento da Unidade de Saúde da Família de Água Vermelha, do município de São Carlos, SP.	Autores: Débora Cristina Baraldi; Bernardino Geraldo Alves Souto Ano: 2011 Citação: BARALDI; SOUTO, 2011
2	Título: Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros Objetivo: compreender como ocorre o processo de acolhimento em unidades básicas de saúde na ótica de enfermeiros.	Autores: Marina Shinzato Camelo; Luciano Ramos de Lima; Cris Renata Grou Volpe; Walterlânia Silva Santos; Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem Ano: 2016 Citação: CAMELO <i>et al.</i> 2016



3	Título: Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários Objetivo: apresentar como os usuários de Unidades Básicas de Saúde, com cobertura da ESF em uma grande cidade brasileira, avaliam o acesso a esses serviços e quais suas percepções a respeito da qualidade da assistência prestada pelas equipes de saúde.	Autores: Rosana Teresa Onocko Campos, Ana Luiza Ferrer, Carlos Alberto Pegolo da Gama, Gastão Wagner de Sousa Campos, Thiago Lavras Trapé, Deivisson Vianna Dantas Ano: 2014 Citação: CAMPOS <i>et al.</i> 2014
4	Título: Acolhimento no Trabalho em Saúde da Família: um estudo qualitativo Objetivo: identificar as ações de acolhimento, os realizadores dessas ações, as finalidades estabelecidas, os locais e os diferentes momentos no processo de trabalho em Saúde da Família.	Autores: Leticia Silveira Cardoso, Marta Regina Cezar-Vaz, Valdecir Zavarese da Costa, Jorgana Fernanda de Souza Soares Ano: 2009 Citação: CARDOSO <i>et al.</i>, 2009
5	Título: O Acesso por meio do Acolhimento na Atenção Básica à Saúde Objetivo: discutir como os usuários do município de Fortaleza (CE) percebem o acesso às unidades básicas de saúde por meio do acolhimento.	Autores: Márcia Oliveira Coelho, Maria Salete Bessa Jorge, Maria Elidiana Araújo Ano: 2009 Citação: COELHO <i>et al.</i>, 2009
6	Título: Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde Objetivo: conhecer as expectativas dos enfermeiros em relação ao acolhimento realizado por eles na Atenção Primária em Saúde do município de Campinas-SP, Brasil.	Autores: Paula C. Da Costa, Ana P. Rigon Francischetti Garcia, Vanessa Pellegrino Toledo Ano: 2016 Citação: COSTA <i>et al.</i>, 2016^a
7	Título: Acolhimento e Cuidado de Enfermagem: um estudo fenomenológico Objetivo: identificar o reconhecimento do acolhimento como forma de cuidado de enfermagem na experiência do enfermeiro que atua na atenção primária.	Autores: Paula Cristina Pereira da Costa, Ana Paula Rigon Francischetti Garcia, Vanessa Pellegrino Toledo Ano: 2016 Citação: COSTA <i>et al.</i>, 2016b
8	Título: Acolhimento como Dispositivo de Humanização: Percepção do Usuário e do Trabalhador em Saúde Objetivo: identificar a percepção do usuário e do trabalhador de saúde acerca do acolhimento na Unidade Básica de Saúde HCPA/Santa Cecília.	Autores: Maria Lúcia Rodrigues Falk, João Werner Falk, Francisco Arsego de Oliveira, Marta Silvana da Motta Ano: 2010 Citação: FALK <i>et al.</i>, 2010
9	Título: Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde Objetivo: compreender a compreensão de enfermeiros da Atenção Básica sobre acolhimento.	Autores: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, Rosana Maria do Vale Barreira Penques, Maria José Sanches Marin Ano: 2014 Citação: FERREIRA; PENQUES; MARIN, 2014
10	Título: O Acolhimento sob a Ótica de Profissionais da Equipe de Saúde da Família Objetivo: relatar a percepção que os profissionais das ESF de um centro de saúde têm sobre o acolhimento	Autores: Lais Aparecida Melo Freire, Luísa Pereira Storino, Natália de Cássia Horta, Rafaela Pereira Magalhães, Telma de Lima Ano: 2008 Citação: FREIRE <i>et al.</i>, 2008



11	Título: Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea Objetivo: avaliar os impactos da inserção do acolhimento à demanda espontânea no tratamento de usuários hipertensos na atenção primária de saúde.	Autores: Ana Livia Araújo Girão, Consuelo Helena Aires de Freitas Ano: 2016 Citação: GIRÃO; FREITAS, 2016
12	Título: Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade educativa Objetivo: identificar conhecimento, as habilidades e as atitudes necessárias para a realização do acolhimento desenvolvidas por uma Equipe de Saúde da Família após a participação em atividade educativa.	Autores: Isabel Cristina Hentges; Ana Luísa Petersen Cogo Ano: 2017 Citação: HENTGES; COGO, 2017
13	Título: O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização Objetivo: compreender as implicações da demanda sobre a realização da política da humanização de uma unidade básica.	Autores: José Roque Junges, Rosangela Barbiani, Raquel Brondisia Panizzi Fernandes, Jessica Prudente, Rafaela Schaefer, Vanessa Kolling Ano: 2012 Citação: JUNGES <i>et al.</i>, 2012
14	Título: O Acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários Objetivo: analisar a prática do acolhimento e suas contribuições nas relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários, identificando fatores que favorecem ou dificultam as relações de reciprocidade entre eles.	Autores: Adriana Santos Lopes, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Ricardo Henrique Vieira de Melo, Raiane Caroline da Silva França Ano: 2015 Citação: LOPES <i>et al.</i>, 2015
15	Título: Possibilidades e Limites do Acolhimento na Percepção de Usuários Objetivo: identificar os saberes dos usuários sobre acolhimento e analisar suas possibilidades e limites.	Autores: Carolina Alves Macedo, Enéas Rangel Teixeira, Donizete Vago Daher Ano: 2011 Citação: MACEDO <i>et al.</i>, 2011
16	Título: Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde Objetivo: Identificar as concepções dos profissionais sobre o significado do acolhimento e as implicações desta prática no processo de trabalho e na atenção à saúde prestada aos usuários.	Autores: Lêda Maria Leal de Oliveira; Andréa Simoni Manarin Tunin; Fernanda Cristina da Silva Ano: 2008 Citação: OLIVEIRA <i>et al.</i>, 2008
17	Título: Acolhimento: Triagem ou Estratégia para Universalidade do Acesso na Atenção à Saúde? Objetivo: caracterizar o acolhimento como uma das estratégias para a concretização do acesso na concepção dos profissionais da ESF.	Autores: Cláudia Maria de Mattos Penna, Roberta Souto Rocha Faria, Gabrielli Pinho de Rezende Ano: 2014 Citação: PENNA <i>et al.</i>, 2014
18	Título: Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família Objetivo: compreender a experiência da equipe com a prática do acolhimento na Estratégia Saúde da Família.	Autores: Suelen Alves Rocha, Regina Stella Spagnuolo Ano: 2015 Citação: ROCHA; SPAGNUOLO, 2015



19	Título: Acolhimento em um Serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais Objetivo: compreender o significado do acolhimento para o usuário do serviço de saúde da atenção primária.	Autores: Júlio César Batista Santana, Ninon Miranda Fortes, Alexandre Viana de Andrade, Ana Paula Fernandes Soares, Débora de Oliveira Coelho Andrade, Juliana Regina Monteiro Lima Ano: 2012 Citação: SANTANA <i>et al.</i>, 2012
20	Título: Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: As Vozes dos Sujeitos do Cotidiano Objetivo: Refletir como o acolhimento se concretiza na sua vivência cotidiana e analisar como é percebido por usuários e trabalhadores.	Autores: Maria Rocineide Ferreira da Silva, Ricardo José Soares Pontes, Lia Carneiro Silveira Ano: 2012 Citação: SILVA <i>et al.</i>, 2012
21	Título: Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária: Percepção dos Profissionais de Enfermagem Objetivo: analisar a percepção dos enfermeiros em relação à classificação de risco na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG.	Autores: Paloma Morais Silva, Kelly Pereira Barros, Heloísa de Carvalho Torres Ano: 2012 Citação: SILVA <i>et al.</i>, 2012

Fonte: o autor (2018)

Após leitura dos artigos, foi realizada uma categorização dos principais temas desenvolvidos sobre acolhimento e de que forma ele tem sido realizado no processo de trabalho de equipes de saúde da família, sendo que um artigo pode estar presente em mais de uma categoria (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição dos artigos em relação aos principais temas

Categorização dos resultados	Artigos selecionados
Profissionais que realizam acolhimento	BARALDI; SOUTO, 2011; CAMELO <i>et al.</i> , 2016; CARDOSO <i>et al.</i> , 2009; COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016a; COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016b; FREIRE <i>et al.</i> , 2008; GIRÃO; FREITAS, 2016; SILVA; BARROS; TORRES, 2012
Método/organização do acolhimento	BARALDI; SOUTO, 2011; CAMELO <i>et al.</i> , 2016; COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009; GIRÃO; FREITAS; HENTGES; COGO, 2017; JUNGES <i>et al.</i> , 2012; MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014; ROCHA; SPAGNUOLO, 2015; SANTANA <i>et al.</i> , 2012; SILVA; BARROS; TORRES, 2012
Participação popular	COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016a; MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014; ROCHA; SPAGNUOLO, 2015; SANTANA <i>et al.</i> , 2012; SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012; SILVA; BARROS; TORRES, 2012
Potencialidades	COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009; COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016a; FALK <i>et al.</i> , 2010; FREIRE <i>et al.</i> , 2008; OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; SANTANA <i>et al.</i> , 2012; SILVA; BARROS; TORRES, 2012
Fragilidades	BARALDI; SOUTO, 2011; CAMELO <i>et al.</i> , 2016; CAMPOS <i>et al.</i> , 2014; COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009; COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016a; COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016b; FALK <i>et al.</i> , 2010; FERREIRA; PENQUES; MARIN, 2014; FREIRE <i>et al.</i> , 2008; GIRÃO; FREITAS, 2016; HENTGES; COGO, 2017; JUNGES <i>et al.</i> , 2012; LOPES <i>et al.</i> , 2015; MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011; OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014; ROCHA; SPAGNUOLO, 2015; SANTANA <i>et al.</i> , 2012; SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012; SILVA; BARROS; TORRES, 2012

Fonte: o autor (2018)



DISCUSSÃO

O acolhimento, como organizador do processo de trabalho das ESF, vem sendo aplicado de diversas maneiras no Brasil e no cotidiano do trabalho dessas equipes surgem questionamentos sobre qual é a melhor forma de acolher. Para melhor caracterizar o acolhimento que tem ocorrido no Brasil, categorizamos os artigos que fazem parte dessa amostra nos seguintes temas: “Profissionais que realizam acolhimento”, “Método/organização do acolhimento”, “Participação popular”, “Potencialidades”, “Fragilidades”. Destaca-se que um artigo poderia estar incluso em mais de uma categoria temática.

Quanto aos “profissionais que realizam acolhimento” oito artigos citam isso de forma explícita, sendo que todos referem que a equipe de enfermagem está presente neste processo. Apenas Freire *et al.* (2008) relata a presença do profissional médico no acolhimento. O enfermeiro é visto como o profissional mais adequado e melhor capacitado para estar à frente do acolhimento (FREIRE *et al.*, 2008), (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014). Entretanto, em um estudo realizado em uma unidade de saúde, a resolutividade do acolhimento era muito dependente do médico (BARALDI; SOUTO, 2011), mas isso está fortemente relacionado no modo que o acolhimento se configurava lá, como uma simples triagem que favorece um modelo de atenção médico centrado com baixa autonomia de profissionais não médicos. Mesmo sem todos os profissionais das ESF estarem a frente do acolhimento, o seu processo envolve toda a equipe (CARDOSO *et al.*, 2009). Girão e Freitas (2016) trazem em seu estudo que, mesmo o enfermeiro fazendo acolhimento, existia uma equipe exclusiva para a livre demanda.

Em seu estudo, Junges *et al.*, (2012) cita o uso de um protocolo de acolhimento não específico para categoria profissional, isso possibilita a interdisciplinaridade no acolher. O mesmo autor traz que a demanda por consulta médica, torna por vezes o acolhimento em triagem. A presença do médico no acolhimento é um paradigma a ser quebrado. Como fazer acolhimento sem caracterizar uma consulta médica? Como inserir este profissional na linha de frente à porta de entrada? Por que o enfermeiro seria o melhor capacitado se esta tarefa deveria abranger o corpo da equipe? O modelo da ESF é novo, com práticas velhas, médico-centrada.

O uso de protocolos padroniza a conduta, evitando a centralização em um só núcleo profissional. Junges *et al.*, (2012, p. 691) cita:

embora as rotinas e os protocolos numa unidade básica sejam necessários, neste caso eles servem para selecionar necessidades, já que a unidade está focada em grande parte nas especialidades, quando deveria primordialmente atender cuidados primários para os quais a saúde é um conceito amplo que engloba determinantes subjetivos e sociais do processo saúde doença.

Os protocolos deveriam ampliar a equipe de acolhimento (dar a conduta independente do núcleo de saber) e amparar legalmente os diferentes núcleos, ao invés de servir para triagem.

Sobre o “método/organização do acolhimento”, verificou-se que sete estudos relatam o uso de classificação de risco no acolhimento. Um método que tem sido muito usado no ato de acolher. A



Presença de protocolos, assim como os cadernos de atenção básica do ministério da saúde também, fortalece uma prática segura e resolutiva. A classificação de risco permite agilizar o acolhimento e o fluxo, garantindo o atendimento de quem realmente necessita (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014). Um estudo realizado em Minas Gerais relatou que seus entrevistados perceberam o acolhimento com classificação de risco como uma possibilidade de humanizar o atendimento e agilizar o atendimento (SILVA; BARROS; TORRES, 2012). Entretanto, com essa forma de acolher, a priorização da clínica pode se tornar mais forte, com atendimentos pontuais e fragmentados, onde problemas de saúde são resolvidos de forma focalizada sem garantir um acompanhamento adequado (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014) (GIRÃO; FREITAS, 2016). Por isso é importante a promoção de saúde e a oferta de serviços para além da consulta médica, a exemplo de grupos de saúde, pois por vezes a necessidade do usuário poderia ser alcançada e resolvida com outras possibilidades ou profissionais.

A Política Nacional de Humanização introduz a classificação de risco no acolhimento como um método de substituição do modelo tradicional que beneficia a ordem de chegada com distribuição de fichas. Todavia, para a implementação deste sistema é necessária uma capacitação adequada para os profissionais, que ainda podem entender o acolhimento como espaço de triagem e não de escuta que garanta atendimento humanizado, integral e qualificado (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014). A população também precisa entender a classificação de risco, a falta de esclarecimento é um fator dificultador, que pode gerar conflitos e ser visto como uma barreira (SILVA; BARROS; TORRES, 2012) (ROCHA; SPAGNUOLO, 2015).

Diversos autores citam o uso do acolhimento como uma triagem para à consulta médica. O modelo de assistência à saúde biomédico ainda é muito presente, os usuários ainda procuram as unidades de saúde com o desejo de serem atendidos pelo médico (JUNGES *et al.*, 2012; BARALDI; SOUTO, 2011; CAMELO *et al.*, 2016). Campos *et al.* (2014) relata que os usuários entrevistados em seu estudo, consideram a triagem super reguladora à consulta médica e o entendimento de que a sua necessidade de saúde é urgente faz com que procurem serviços de saúde secundários e terciários. A lógica de atendimento médico-centrada traz vários prejuízos no atendimento à população. A baixa resolutividade, o foco em ações curativas e a baixa autonomia dos profissionais não médicos trazem sobrecarga de trabalho para toda equipe e dificultam o acesso ao serviço (BARALDI; SOUTO, 2011; COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009).

Falk *et al.*, (2010) traz que há a necessidade de encaminhamentos a outros profissionais quando o acolhimento é realizado pela enfermagem. E cita como fator indispensável a resolutividade. Isso demonstra a necessidade de fluxos bem estabelecidos. Profissionais cientes do seu papel neste complexo processo de trabalho que implica o acolhimento. Outro modelo possível, citado por Girão e Freitas (2016), é equipe exclusiva para fazer o atendimento a livre demanda. Com a participação do enfermeiro e do médico.

Na categoria “participação popular” 7 artigos relataram a importância da comunidade se



envolver no processo de elaboração e estruturação do acolhimento. A pouca participação da população é visto como um fator dificultador na implementação e realização do acolhimento, que por vezes pode não se sentir como um membro integrante desse processo (SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012; SANTANA *et al.*, 2012).

O fortalecimento do controle social nas comunidades, através do conselho local, é uma ferramenta importante para o compartilhamento de decisões e planejamento de ações que influenciam todo serviço de saúde. A opinião da população é vista como peça essencial para a construção de modelo de atendimento que atenda às suas reais necessidades (SANTANA *et al.*, 2012) (SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012). Com uma participação popular ativa é possível influenciar no planejamento e oferta de atividades e serviços, não só sobre o acolhimento da Unidade de Saúde (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011; SANTANA *et al.*, 2012). É necessária a realização de uma gestão participativa - profissionais de saúde, gestores e usuários - para a uma transformação exitosa no acolhimento (SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012).

O acolhimento na atenção básica trouxe diversas “potencialidades” no atendimento à população. Desde a garantia de atendimento ao aumento da resolutividade. A partir do momento que não se limita o acesso ao serviço de saúde o espaço do acolhimento se torna um ambiente de escuta qualificada e humanizada (COELHO; JORGE; ARAUJO, 2009). Macedo, Teixeira e Daher, (2011) trazem que “a postura acolhedora dos profissionais do serviço é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência”.

Em um estudo gaúcho, os usuários caracterizaram como o segundo fator mais importante no acolhimento a resolutividade e para os profissionais foi o primeiro fator (FALK *et al.*, 2010). A resolutividade das demandas deveria ser uma das características primordiais para uma prática de sucesso no acolhimento. A autonomia e visibilidade dos profissionais não médicos aumentou após a implementação do acolhimento (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008), principalmente dos enfermeiros que “realizam atendimentos resolutivos, além de decidirem a conduta a ser realizada diante das queixas mais frequentes dos usuários” (SILVA; BARROS; TORRES, 2012). Isso facilita a comunicação entre os profissionais, fortalece o trabalho em equipe, uma vez que é necessário o compartilhamento e discussão de casos entre todos os trabalhadores (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

A centralização da assistência na figura médica foi a “fragilidade” mais presente nos artigos (14 artigos). O modelo médico-centrado, ainda muito presente nas ESF, fortalece a prática curativista focada na doença e em uma queixa específica (ROCHA; SPAGNUOLO, 2015; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014). É necessário mudar a visão do usuário, que procura a unidade de saúde acreditando que suas demandas só serão resolvidas se passar por consulta médica (SANTANA *et al.*, 2012; FREIRE *et al.*, 2008) e quando não a conseguem consideram o acolhimento como uma barreira de acesso (CAMPOS *et al.*, 2014). Diversos autores relatam a demanda excessiva do acolhimento e a sobrecarga de trabalho como um fator que precariza a assistência aos pacientes da atenção básica.



A falta de recursos humanos e a fragmentação do cuidado causam sobrecarga de trabalho, a segunda devido ao fato dos usuários, ainda terem o olhar biomédico (CAMPOS *et al.*, 2014). As diferentes demandas, que por vezes, ultrapassam as questões de saúde, como a pobreza, violência, abandono provocam grandes desgastes aos profissionais de saúde (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008). Ferreira, Penques e Marin, (2014) trazem em seu estudo a falta da aproximação da gestão no processo de trabalho da equipe de atenção básica. O apoio e a participação efetiva dos gestores é essencial para uma implementação bem-sucedida do acolhimento (COSTA *et al.*, 2016 a). Macedo, Teixeira e Daher, (2011) dizem que “o acolhimento é um dispositivo que demanda uma mudança de postura dos usuários, profissionais e gestores”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento trouxe um novo modo de atender a população na atenção básica através de uma escuta qualificada e humanizada com responsabilização e comprometimento com as necessidades do outro. Entretanto, ocorrem dificuldades de readequar a teoria à prática. O modelo atual da Estratégia de Saúde da Família enfrenta grandes desafios, com suas demandas que aumentam cada vez mais e extrapolam sua capacidade. A equipe mínima de ESF - hoje composta pela equipe de enfermagem, médicos e equipe de saúde bucal - apresenta limitações ao prestar atendimento a uma população com problemas que vão além das necessidades clínicas. É preciso oferecer uma assistência que compreenda também aspectos sociais, culturais e psicológicos. A integração de outras categorias profissionais a equipe de ESF seria de grande ajuda na construção de saberes na assistência à saúde. O papel institucional da gestão em todos os níveis, mas principalmente municipal, é relevante. A gestão deve proporcionar a capacitação e educação permanente sobre acolhimento, os recursos humanos necessários e o suporte legal às equipes, para que possam principalmente frente às comunidades ter e dar o entendimento adequado sobre o tema. É necessário o posicionamento individual a partir de uma prática institucional. Não pode ser feito como cada indivíduo ‘acha’, mas como uma ferramenta de gestão para o cuidado. Usuários, gestores e profissionais da saúde precisam trabalhar de forma compartilhada para a reorganização do acolhimento. A presença na população nos espaços de controle social é primordial para reconhecer e readequar as reais necessidades da população acerca do acolhimento. Como limitação do estudo destaca-se o fato de grande parte dos estudos terem sido realizados por profissionais da enfermagem, isso muito relacionado ao fato de serem os trabalhadores da saúde que mais estão presentes no acolhimento.



REFERÊNCIAS

- BARALDI, Débora Cristina; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, Santo André, v. 36, n. 1, p.10-17, jan. 2011. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/69>. Acesso em: 28 jan. 2022.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento e demanda espontânea*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à demanda espontânea da APS*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010b. *Caderno de Atenção Primária*, 28.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMELO, Marina Shinzato *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>. Acesso em: 28 jan. 2022.
- CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 38, p. 252-264, out. 2014. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>. Acesso em: 28 jan. 2022.
- CARDOSO, Leticia Silveira *et al.* Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. *Cuidarte Enfermagem*, Catanduva, v. 3, n. 2, p.149-155, jun. 2009.
- COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; ARAUJO, Maria Elidiana. O Acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 3, p.440-452, jul. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a011.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.
- COELHO, Viana Figueiredo. *Acolhimento em saúde mental na unidade básica: uma revisão teórica*. 2010. Monografia (Especialização) – Curso de Saúde da Família, FMG, Belo Horizonte, 2010.
- COSTA, E. M. A. Escutando o paciente. In: COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. *Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. p. 23-28.
- COSTA, Paula Cristina Pereira da; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. e4550015, 2016a. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>. Acesso em: 28 jan. 2022.
- COSTA, Paula C. da; FRANCISCETTI-GARCIA, Ana P. Rigon; PELLEGRINO-TOLEDO, Vanessa. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção



primária em saúde. *Revista Salud Pública*, Bogotá, v. 18, n. 5, p. 746-755, Oct. 2016b. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n5.45304>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642016000500746&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2022.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues *et al.* Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p.4-9, mar. 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-555315>. Acesso em: 28 jan. 2022.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; PENQUES, Rosana Maria do Vale Barreira; MARIN, Maria José Sanches. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Aquichan*, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 216-225, May 2014. Doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.8>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2022.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

FREIRE, Laís Aparecida Melo *et al.* O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 271-277, mar. 2008. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/268>. Acesso em: 28 jan. 2022.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. *O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(1):83-97, 2006 Disponível em : <https://www.scielo.br/j/physis/a/JD7BYtzxZ7kw6BJ7QgsJDTB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 jun. 2022.

GIRÃO, Ana Livia Araújo; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. e60015, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/kK8Lp4nhWv74FgsYYrZyMtF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

HENTGES, Isabel Cristina; COGO, Ana Luísa Petersen. Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade educativa. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 7, n. 1, p.4-15, 13 abr. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/9108>. Acesso em: 28 jan. 2022.

JUNGES, José Roque *et al.* O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, set. 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xfVppmy7w6Vx9NLDXJ5Zmht/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

LIMA, Wilza Carla Mota Brito; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Acesso restrito e focalizado ao Programa de Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos X demanda espontânea. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.



34, n. 3, p.439-449, jul. 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-592246>. Acesso em: 28 jan. 2022.

LOPES, Adriana Santos; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; MELO, Ricardo Henrique Vieira de; FRANÇA, Raiane Caroline da Silva. O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 39, n. 104, p.114-123, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sKxQnfbmdm43Yc7JRrkqNtB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

MACEDO, Carolina Alves; TEIXEIRA, Enéas Rangel; DAHER, Donizete Vago. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-462, jul./set. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsintegralidade/resource/pt/int-3038>. Acesso em: 28 jan. 2022.

MALTA, D. C.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 56 n. 24, p. 21-34, 2000.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de; TUNIN, Andréa Simoni Manarin; SILVA, Fernanda Cristina da. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p.262-373, out. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-560203?src=similardocs>. Acesso em: 28 jan. 2022.

PAULINO, Janaína Aparecida. *Demanda espontânea x demanda programada: lidando com a procura maior que a oferta*. Orientador: Marlene Azevedo Magalhães Monteiro. Conselheiro Lafaiete. Minas Gerais, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos; FARIA, Roberta Souto Rocha; REZENDE, Gabrielli Pinho de. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p.815-822, 2014. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140060>. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965>. Acesso em: 28 jan. 2022.

ROCHA, Najara Barbosa da *et al.* Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da atenção básica. *Espaço Para A Saúde*, Londrina, v. 18, n. 1, p.72-80, jun. 2017. Doi: <https://doi.org/10.22421/15177130-2017v18n1p72>. Disponível em: <https://espacoparasaudefpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/347#:~:text=A%20maioria%20dos%20funcion%C3%A1rios%20concordou,funcion%C3%A1rios%20atendiam%20de%20forma%20humanizada>. Acesso em: 28 jan. 2022.

ROCHA, Suelen Alves; SPAGNUOLO, Regina Stella. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na equipe de saúde da família. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 39, n. 104, p.124-135, mar. 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/140709>. Acesso em: 28 jan. 2022.

SANTANA, Júlio César Batista *et al.* Acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de



Minas Gerais. *Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro*, São João Del-rei, v. 2, n. 2, p.166-176, maio 2012. Doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.199>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/199>. Acesso em: 28 jan. 2022.

SANTOS, Ialane Monique Vieira dos; SANTOS, Adriano Maia dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Revista de Salud Pública*, Colombia, v. 13, n. 4, p.703-716, ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsap/2011.v13n4/703-716/>. Acesso em: 28 jan. 2022.

SILVA, K. A.; FERNANDES, N. D.; XAVIER, M. C. S. Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Ateliês do cuidado - VII seminário do Projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 356.

SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; PONTES, Ricardo José Soares; SILVEIRA, Lia Carneiro. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.784-788, dez. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6006>. Acesso em: 28 jan. 2022.

SILVA, Paloma Moraes; BARROS, Kelly Pereira; TORRES, Heloísa de Carvalho. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p.225-231, abr. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/523>. Acesso em: 28 jan. 2022.

SOUZA, Rodrigo Pizzini de. Atenção básica: acolhimento da demanda espontânea mudanças na abordagem aos usuários. 2015. Monografia (Especialização) – Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Polo Lagoa Santa, 2015.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da e CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (São Paulo)* [online]. 2010, v. 8, n. 1 [Acessado 23 Junho 2022], pp. 102-106. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>>. ISSN 2317-6385. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.



APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário para avaliação dos dados

Número	
Título	
Autores	
Ano	
Periódico	
Local de publicação	
Objetivo	
Metodologia	
Tipo de estudo	
Resultados:	
Coleta de dados	
Conclusões/recomendações/limitações	
Observações	

APÊNDICE B - Quadro Sinóptico Geral

Numeração	Título do artigo	Autor	Ano de publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões
Artigo 1							
Artigo 2							



Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 25 de janeiro de 2022.

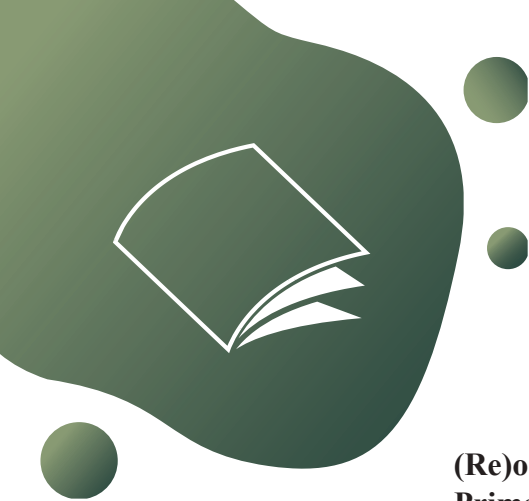
Aceito em 31 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

BITTENCOURT, Gersa; SILVEIRA, Mauricio de Souza. Acolhimento à demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família e sua organização: revisão integrativa. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 33-53, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-5>
<https://revista.ghc.com.br/>

(Re)organização do processo de trabalho da enfermagem da Atenção Primária à Saúde frente à COVID-19

(Re)organization of the nursing work process in Primary Health Care in the face of COVID-19

Lucia Helena Donini Souto ¹
Fernanda Mattioni ²
Juliana de Lima Muller ³
Liciane Costa ⁴

¹ Enfermeira residente em Saúde da Família e Comunidade da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Contribuição de autoria: Todas autoras realizaram a análise dos dados, revisão de literatura, revisão do artigo. A autora principal realizou as entrevistas com os participantes, transcrição dos dados e interpretação dos dados coletados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6766-1319>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5136573584308118>

E-mail: heleninha_souto@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2021). Mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ (2010). Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Contribuição de autoria: Todas autoras realizaram a análise dos dados, revisão de literatura, revisão do artigo. A autora principal realizou as entrevistas com os participantes, transcrição dos dados e interpretação dos dados coletados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3794-6900>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6560584289296549>

E-mail: nandamattioni@gmail.com

³ Doutora em Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico (NEAPP) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em conjunto com o Núcleo de Estudos em Neuropsicologia Cognitiva (NEUROCOG) pela mesma universidade. Especialista em Psicologia Clínica pelo Instituto Fenando Pessoa. Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Contribuição de autoria: Todas autoras realizaram a análise dos dados, revisão de

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo analisar as mudanças no processo de trabalho da equipe de enfermagem frente à pandemia de COVID-19. Pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, realizada com enfermeiras e técnicas de enfermagem de uma Unidade de Saúde do município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com cada profissional. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, por meio da investigação dos núcleos de sentido que integram a comunicação, por meio de três etapas: pré-análise, exploração do material, interpretação e tratamento dos resultados obtidos. Os participantes relataram modificações ocorridas em seus processos de trabalho, as potencialidades, as melhorias necessárias, os desafios e dificuldades, além dos sentimentos e de como esse cenário repercutiu em suas vidas e dos usuários. Conforme os relatos, essas mudanças foram importantes para diminuir a transmissão do vírus entre profissionais e usuários de uma Unidade de Saúde, além de terem contribuído para a equipe de enfermagem enfrentar a doença, demonstrando o quanto a APS tem um papel fundamental no cuidado integral e longitudinal das comunidades.

Palavras-Chave: atenção primária à saúde; enfermagem; COVID-19; equipe de enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the changes in the work process of the nursing team in the face of the COVID-19 pandemic. This is qualitative research of the descriptive type, carried out with nurses and nursing technicians at a health care unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Semistructured interviews were carried out with each professional. The collected data were submitted to content analysis through the investigation of the centers of meaning that integrate the communication through three steps: pre-analysis, exploration of the material, and interpretation and treatment of the obtained results. The participants reported modifications that took place in their work processes, the potentials, the necessary improvements, and the challenges and difficulties, besides the feelings and how this scenario reverberated in their lives and the lives of users. According to the reports, these changes were important to decrease the virus transmission among professionals and users of a health care unit and contributed to the nursing team facing the disease, demonstrating how much the primary health care has a fundamental role in the integral and longitudinal care of communities.

Keywords: primary health care; nursing; covid-19; nursing team.



INTRODUÇÃO

No final do mês de fevereiro de 2020, o Brasil teve o primeiro caso do Novo Coronavírus, agente causador da COVID-19 (Coronavirus Disease – Doença do Coronavírus), que teve início em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan na China. O vírus possui alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda podendo ocasionar casos leves ou até mesmo quadros de insuficiência respiratória (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020).

Nesse contexto, as equipes de saúde, integrantes da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), precisaram reorganizar seus processos de trabalho, com vistas a enfrentar os desafios apresentados pela pandemia e preservar os princípios e diretrizes desse sistema, especialmente, no que tange a garantia da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Para tanto, foram elaborados e implantados novos fluxos e rotinas para atendimento da população, além de mudanças na gestão e criação de planos de cuidados para incluir e ampliar a atenção aos pacientes sintomáticos respiratórios (FERREIRA *et al.*, 2020).

Diante disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) teve (e tem) um papel fundamental na orientação sobre o distanciamento social e na vigilância dos casos, com o propósito de reduzir o contágio, reprimindo a velocidade de propagação da pandemia (MEDINA *et al.*, 2020). Além disso, o serviço da APS tem por característica ser resolutivo durante surtos e epidemias, pois mantém a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, identificando os casos graves e encaminhando-os para os serviços especializados. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020).

Assim, faz-se necessário dar visibilidade aos processos de trabalho modificados a partir da pandemia da COVID-19, os quais podem melhorar os cuidados de saúde da população e reduzir a contaminação dos profissionais e dos usuários. O relato das mudanças ocorridas no processo de trabalho da enfermagem em uma Unidade de Saúde (US) frente a uma pandemia poderá servir de ilustração e embasamento para futuras pandemias, contribuindo à prática de profissionais da APS e ao cuidado dos usuários (SARTI *et al.*, 2020).

O presente artigo tem por objetivo analisar as modificações no

literatura, revisão do artigo. A autora principal realizou as entrevistas com os participantes, transcrição dos dados e interpretação dos dados coletados.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9733653208009470>

E-mail: jmuller@ghc.com.br

⁴ Doutoranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2010). Especialista em Saúde Mental e Coletiva pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2010).

Contribuição de autoria: Todas autoras realizaram a análise dos dados, revisão de literatura, revisão do artigo. A autora principal realizou as entrevistas com os participantes, transcrição dos dados e interpretação dos dados coletados.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3450-8625>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9307116400756751>

E-mail: licisc@yahoo.com.br



processo de trabalho da equipe de enfermagem, segundo percepções de enfermeiras (os) e de técnicas (os) de enfermagem de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma US do município de Porto Alegre/RS.

MÉTODO

Tipo de estudo e Cenário

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, realizada em uma US do município de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. A US é composta por cinco Estratégias de Saúde da Família (ESF) e abrange uma população de 18.016 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). As equipes são compostas por médicas(os), enfermeiras(as), técnicas(os) de enfermagem, dentistas, farmacêuticas, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais, agentes comunitárias(os) de saúde (ACS), profissionais administrativos, profissionais da higienização, técnicos de higiene bucal e vigilantes. Além disso, a US faz Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e da Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar (NEB).

População

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras (os) e técnicas (os) de enfermagem da US pesquisada, totalizando 12 participantes. Dentre os participantes, nove eram do sexo feminino e três do masculino, sendo a faixa-etária entre 40 a 50 anos. Os critérios de inclusão foram os participantes integrarem as equipes por no mínimo seis meses antes do início da pandemia de COVID-19 e aceitarem participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2021, por meio de entrevista semiestruturada, que, segundo Minayo (2007), facilita a abordagem e assegura que os pressupostos da pesquisa sejam contemplados na conversa. O instrumento de pesquisa foi desenvolvido pela primeira autora do trabalho e composto por cinco questões abertas que responderam aos objetivos da pesquisa, sendo elas as seguintes: Quais as principais modificações no processo de trabalho da enfermagem você identificou após o início da pandemia da doença COVID-19? Como você se sentiu nessa mudança de processo de trabalho? Quais foram os principais desafios dessa nova configuração do processo de trabalho? Quais foram as principais potencialidades dessa nova configuração do processo de trabalho? Você teria alguma sugestão para a melhora do processo de trabalho da enfermagem frente à COVID-19?

Análise e tratamento dos dados

Após a anuência dos participantes, as entrevistas foram gravadas, transcritas e revisadas. Os



dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2016), que possui um conjunto de técnicas, procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo a análise temática a investigação dos núcleos de sentido que integram a comunicação. Esta se desdobra em três etapas. A primeira foi a pré-análise, em que foi realizada a ordenação dos dados, por meio da transcrição das gravações realizadas nas entrevistas. A segunda etapa foi à exploração do material, em que foram constatadas categorias que, por meio de palavras significativas, foram organizadas pelo conteúdo das falas. Além disso, os dados foram classificados pela leitura das entrevistas que foram transcritas, identificando as ideias centrais e a relevância para o presente estudo. A terceira etapa foi o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, em que os dados obtidos foram submetidos à análise final, onde foram estruturados com o referencial teórico e o objetivo do estudo.

Foram definidas seis categorias principais de resultados: Modificações do processo de trabalho da equipe de enfermagem; Potencialidades na mudança do processo de trabalho; Melhorias necessárias para o processo de trabalho; Desafios relacionados à mudança do processo de trabalho; Sentimentos relacionados ao contexto da pandemia da COVID-19 e as modificações do processo de trabalho; Efeito das alterações no processo de trabalho da equipe de enfermagem para os usuários na perspectiva da equipe. Para identificação dos participantes, as falas foram representadas pela letra “E” de entrevistado, seguidas de sua numeração, a fim de manter o anonimato dos sujeitos.

Aspectos éticos

Este estudo foi conduzido com base na Resolução nº 466/12 e, por ser um estudo desenvolvido em uma US do SSC do GHC, foi encaminhado inicialmente para aprovação pelo Centro de Pesquisa em Atenção Primária em Saúde (CEPAPS). Após, foi submetido à Plataforma Brasil para avaliação com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), sob o CAEE: 42583921.0.0000.5530.

RESULTADOS

Modificações do processo de trabalho da equipe de enfermagem

Quando questionados sobre quais foram as modificações do processo de trabalho da equipe de enfermagem frente à pandemia da COVID-19, os participantes afirmaram que foi necessário priorizar o atendimento dos pacientes com sintomas respiratórios, devido à expressiva busca por esse tipo de atendimento.

“A gente teve que se adequar dentro da Unidade de Saúde em virtude da pandemia, pensando em outros fluxos, estratégias para o atendimento dos pacientes sintomáticos, pois era uma prioridade. Então os demais atendimentos a gente teve que iniciar um processo diferente (E2).”

Foi relatada também a questão do incremento dos equipamentos de proteção individual (EPIs), uma vez que a equipe passou a necessitar de um quantitativo maior para os atendimentos, com intuito de reduzir a transmissibilidade do vírus entre os trabalhadores e os usuários que acessaram a US. Além disso, a higienização das mãos e do ambiente assistencial teve um papel importante, assim



como a diminuição do contato e o distanciamento social entre os profissionais e os usuários.

“Em relação aos recursos dos EPIs sobre a gente ter um quantitativo adequado para equipe e buscar isso... Isso ocupou um lugar importante para mim, enquanto profissional e uma das pessoas responsáveis para que a equipe tivesse EPIs quando precisasse e em condições, acho que foram alguns aprendizados que vão ficar (E1).”

“Tudo modificado, o principal foi o uso dos EPIs, além da higiene e do isolamento social. Eu acho que isso teve um impacto grande, principalmente, para a enfermagem que estava mais exposta (E7).”

Os participantes mencionaram que, devido à pandemia do novo Coronavírus, e por ser uma doença desconhecida, foi necessária a capacitação, a leitura de protocolos, a qualificação para realização de procedimentos, o aprendizado sobre paramentação, além da adaptação dos profissionais em um curto período de tempo. Por entenderem a gravidade dos casos que a doença poderia ocasionar, houve a necessidade da atualização em serviço, principalmente em relação a procedimentos de emergência e urgência, como a ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

“A primeira coisa que eu fiz foi me capacitar, realizei o curso de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), porque achei que tinha que me qualificar, precisei sair da minha zona de conforto, pois tu vais atender uma RCP uma vez na vida em uma Unidade de Saúde e, às vezes nem vai atender, porque as pessoas sabem que não há recursos (E12).”

Ademais, houve a mudança na forma de atendimento aos usuários, priorizando-se a demanda espontânea e as situações de emergência em detrimento da longitudinalidade e da vigilância em saúde. As reuniões entre as equipes não estavam ocorrendo e outras modalidades de cuidado aos usuários surgiram, como o teleatendimento.

“De forma geral, a gente está mais focado na questão do dia a dia, da demanda espontânea, das pessoas procurarem atendimento por questões de urgência. Eu acho que se perdeu um pouco o acompanhamento de fato, da vigilância em cima do território, existiu um novo fluxo que modificou bastante e impactou a nossa rotina diária da assistência (E10).”

“A gente passou a ter uma modalidade que antes não tinha tanto que era de ligar e falar com as pessoas por telefone. Nós perguntávamos como a pessoa estava, se estava com sintomas respiratórios ou com a doença COVID-19 e aos que não estavam com nenhum sintoma respiratório também... (E2).”

Os atendimentos para os pacientes com sintomas respiratórios foram organizados e sistematizados por escala de trabalho em algumas categorias profissionais, principalmente entre técnicas de enfermagem e médicos, os quais atendiam várias vezes neste mesmo setor durante a semana, em virtude da falta de profissionais. Depois, houve uma maior flexibilidade, a partir da ampliação das escalas com a inclusão de mais profissionais no atendimento, mesmo aqueles trabalhadores que possuíam alguma restrição por risco de contrair o vírus, como gestantes, lactantes, idosos e pessoas com comorbidades.

“A gente entrava muito no atendimento dos pacientes sintomáticos respiratórios, agora que tem mais gente entrando, às vezes entra uma vez por semana ou duas, então melhorou (E11).”

Potencialidades na mudança do processo de trabalho

Conforme os relatos houve mais integração no trabalho em equipe, união dos profissionais, aumento da participação e comprometimento para realização das atividades, criatividade e adaptação.

“Assim, essa situação eu vi que houve uma proximidade de todas as categorias, entendendo que a situação era grave e que nós precisamos nos aliar para poder sair dessa situação e fazer da melhor forma possível (E12).”



Foi mencionada também a questão do comportamento dos profissionais em relação às medidas de prevenção contra a COVID-19, aumento da higienização de mãos e do ambiente assistencial, uso correto e gestão adequada dos EPIs, bem como de cuidado uns com os outros.

“A questão da mudança de comportamento, mesmo que seja de grão em grão, vai acontecer uma mudança, no teu dia a dia, no teu chegar na Unidade, de cuidar onde vai tocar, porque teu colega vai tocar depois, no uso de EPI adequadamente, de não desperdiçar (E1).”

Foi observado nas falas dos entrevistados o fortalecimento da articulação entre a equipe e as demais instâncias gerenciais em relação aos protocolos do Ministério da Saúde sobre a diminuição da transmissão do vírus, os cuidados com os profissionais e usuários e o trabalho em rede entre os serviços.

“E tem muito isso de fora eu notei assim, como um ponto positivo, que a equipe conversou bastante com os serviços externos, a Secretaria da Saúde, Ministério da Saúde e, como nosso trabalho é tão local parece que a gente fica isolado, então eu pude notar que estava tudo envolvido enquanto rede assim (E5).”

Melhorias necessárias para o processo de trabalho da equipe de enfermagem

Os entrevistados mencionaram melhorias necessárias para o processo de trabalho da equipe de enfermagem, tais como: adequação no espaço físico da US visando melhorar o atendimento; aumento da privacidade do usuário e valorização do trabalho prestado pelos profissionais. Outro apontamento foi à necessidade do aumento no número de funcionários na equipe de enfermagem para que fosse possível trabalhar nos sítios existentes e participar das reuniões e atividades em áreas de vigilância (as áreas de vigilância correspondem aos territórios adscritos às equipes de ESF).

“A gente precisa ter um espaço melhor dentro da Enfermagem... Para ter as coisas mais divididas, uma sala de acolhimento melhor, uma sala de procedimentos até para ter uma forma de valorizar eles [técnicas de enfermagem], valorizar o trabalho que eles estão fazendo... (E2).”

“Ver a questão de a gente poder voltar para as áreas de vigilância, se a gente conseguir mais um colega e se organizar direito nas escalas, talvez poderemos voltar a participar das áreas de vigilância (E4).”

Desafios relacionados à mudança do processo de trabalho

Um dos maiores desafios mencionado nas fala das dos entrevistados foi sobre a dinâmica de trabalho relacionada à gravidade dos pacientes atendidos e à insegurança para o atendimento dessas situações de emergência, ocasionando muito estresse e cansaço mental para a equipe.

“Os principais desafios talvez tenham sido adaptar a equipe a tentar se preparar para atender situações de emergência, a qual não é comum na APS, sendo que a gente não tem as melhores condições para fazer o que a gente vem fazendo, então a gente teve que se adaptar e improvisar, lidar com isso foi uma coisa muito estressante, um estresse principalmente mental (E9).”

Essa reorganização do processo de trabalho no serviço, em virtude da pandemia também foi mencionada como um desafio para a equipe. Outro desafio trazido foi a retomada das atividades realizadas antes da pandemia. Uma preocupação manifestada nos relatos foi à dificuldade futura em atender a demanda reprimida em decorrência da pandemia, realizar as buscas ativas e retomar as atividades de grupos.



“Essa questão da incerteza de como iam ser as coisas... Isso segue até hoje, na verdade, dos fluxos mudando diariamente, dessa organização e reorganização das salas e orientações, então foi muito desafiador conseguir se manter atualizado no meio disso tudo e prestar a melhor assistência também (E10).”

“Tudo que vier agora de trabalho atrasado, demanda reprimida, pessoas que ficaram fora por causa da pandemia da COVID-19 e não conseguiram acesso. Será um desafio à gente conseguir dar conta. Para o futuro eu vejo isso, muito trabalho, busca ativa, retorno dos grupos, essa é a minha visão (E5).”

“Eu acho muita mudança assim... Tudo muito rápido, veio as vacinas, amanhã se vacina. A gente geralmente tinha um tempo de preparo... (E3).”

Outro aspecto foi o prejuízo da continuidade do cuidado e do vínculo entre a equipe e a comunidade. Entende-se a necessidade de retomar a assistência para outros tipos de necessidades em saúde, além da realizada aos pacientes com sintomas respiratórios.

“Antes a gente conseguia fazer tudo voltado para as áreas de vigilância e isso se perdeu muito, porque vem pacientes de todas as áreas de vigilância em todos os turnos, então a gente perdeu bastante o vínculo. As reuniões de área de vigilância a gente não participou mais, tudo se voltou para os atendimentos dos sintomáticos respiratórios (E6).”

“Eu acho que poderia nos ajudar seria a gente conseguir... Devagar, mas ainda assim retomar a assistência, eu acho que tem muita demanda reprimida e para o enfermeiro, eu acho que tem muito espaço que o enfermeiro precisa estar e que a gente está deixando de estar por conta de estar num momento de pandemia (E1).”

Outra questão trazida foi à repercussão do atendimento dos pacientes sintomáticos respiratórios que repercutiu, principalmente na rotina das técnicas de enfermagem, que se sentiram sozinhas e inseguras ao realizar o atendimento.

“O fato é que o nosso dia a dia dentro da sala COVID em si era muito solitário, claro que nos momentos mais tensos a gente teve sempre aquela combinação que ia entrar mais um técnico para apoiar caso fosse necessário, mas em um primeiro momento era o técnico e o médico e a gente fica um pouco mais solitário naquele ambiente, porque é um técnico só para tudo (E11).”

A falta de profissionais para compor a equipe, nesse período da pandemia, foi observada nas falas, apesar do reconhecimento de que o sistema de saúde possui limites e que outras equipes também precisavam de recursos humanos. Contudo, os participantes demonstraram essa dificuldade e permaneceram solicitando novos profissionais para compor a equipe. Além disso, a falta de EPIs, no início da pandemia, também foi um dificultador encontrado nos relatos dos participantes.

“O problema é que a gente não recebe mais profissionais e eventualmente cede para outras unidades que estão em uma situação pior, quando se desfalca a gente tem que priorizar algumas coisas né, as vezes falta sítio, mas eu sei que isso não envolve só a nossa Gerência, envolve recursos humanos, direção liberar mais pessoas e tem um limite, mas que a gente sempre demonstra essa dificuldade e pede isso, a gente faz o nosso papel (E9).”

“Eu acho que bem no início eles falharam, era pouco EPI, depois hoje em dia está bem, mas naquele início a gente penou com um problema desses e sem ter EPI a vontade, gente morrendo dentro da Instituição e eles não fornecendo equipamento como tinha que ser... Eu comprei muito EPI, comprei muita coisa porque eu não ia ficar limpando máscara de atendimento de sintomáticos respiratórios... (E11).”

Sentimentos relacionados ao contexto da pandemia e às modificações do processo de trabalho

Identifica-se nas falas dos participantes, que eles sentiram medo de ter a doença e de transmiti-la para seus familiares e colegas, principalmente, no início da pandemia. Além disso, houve apreensão, preocupação, insegurança, estresse e desgaste, principalmente, por estarem lidando com a COVID-19. Evidenciou-se também nas falas, o sentimento de valorização da enfermagem nesse período e o



quanto perceberam a importância de todas as categorias trabalhando em conjunto.

“Teve toda a complicação da gente ficar com medo de pegar a doença, então a gente estava atendendo, estava na linha de frente, mas a gente estava muito preocupado com isso também (E2).”

“Eu me senti bem participante do combate à COVID-19, que é uma pandemia mundial, eu me senti participando do “front” mesmo, inclusive cada um de nós, nas nossas categorias, mas eu senti isso, a necessidade e a importância da nossa categoria e eu como trabalhadora me senti muito importante, porque é uma coisa que está em todos os lugares do mundo e a gente pode fazer a nossa parte aqui (E5).”

Efeito das alterações no processo de trabalho da equipe de enfermagem para os usuários na perspectiva da equipe

Foi representado, na perspectiva dos participantes, uma cobrança dos pacientes sobre a equipe em relação aos atendimentos, pouca compreensão em relação à situação dos profissionais, omissão de informações por parte dos usuários para poderem acessar a US, além de muitas dúvidas em relação ao Coronavírus. Todavia, identificou-se a importância da Enfermagem para os usuários e o quanto essa atenção da equipe de enfermagem foi resolutiva, pois muitos idosos estavam isolados em suas residências sem acesso à rede de atenção à saúde. Além disso, o retorno dos demais atendimentos e a necessidade de suprir as demandas dos usuários foram questões também relatadas pelos participantes.

“Eu acho que tem uma cobrança grande assim até dos pacientes de tudo né, às vezes eles não entendem que a gente está em menos pessoas, que tem profissionais que também adoecem(E7).”

“Hora era a questão externa dos usuários vindo e a gente não sabendo com o que estava se deparando né, porque muitas vezes eles omitem as informações quanto os sintomas respiratórios (E11).”

“Olha, eu acho que a Enfermagem em si teve um crescimento muito grande com isso, com o nosso cuidado, nosso atendimento se tornou uma coisa bem importante nesse momento para as pessoas poderem também se importar com a gente, se darem conta de como o trabalho da gente é importante, então eu acho que isso é uma coisa que cresceu muito, o papel da enfermagem nesse momento de pandemia (E2).”

“Eu enxergo que a demanda reprimida vem surgindo e que a gente vinha numa linha muito tranquila em função da baixa procura dos pacientes por estarem isolados, mas enfim com a volta gradual da vida normal, entre aspas, os pacientes estão surgindo e as demandas reprimidas estão aparecendo e a equipe está meio atrapalhada para dar conta disso tudo... (E10).”

DISCUSSÃO

No estudo realizado, os profissionais da equipe de enfermagem, que vivenciaram a pandemia da COVID-19 no serviço da APS, expressaram diversas modificações ocorridas em seus processos de trabalho. A análise mostra além da reorganização do processo de trabalho, as potencialidades, as melhorias necessárias, os desafios e dificuldades encontrados, além dos sentimentos dos profissionais e de como esse cenário repercutiu na vida dos usuários sob a perspectiva desses trabalhadores. Constata-se que as questões norteadoras das entrevistas semiestruturadas realizadas contribuíram para definição das categorias.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), foram necessárias medidas para controlar a progressão da curva de transmissão do Coronavírus. Isso foi feito por meio da identificação de pacientes sintomáticos respiratórios, do distanciamento social da comunidade e da proteção dos



profissionais através da disponibilização de equipamentos de proteção individual (EPI) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Isso corrobora com as falas dos participantes em relação às modificações do processo de trabalho, a necessidade de treinamentos e capacitações para conhecimento e aprimoramento dos atendimentos, e a importância da atualização sobre RCP. Além disso, as capacitações e treinamentos contribuíram para preparar os profissionais para atender os casos de emergência e urgência na APS. Em um estudo sobre a organização da APS de Belo Horizonte (BH), em virtude da pandemia da COVID-19, foi identificada uma série de capacitações e treinamentos realizados nesse local, principalmente, sobre Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Outro aspecto que surgiu foi à mudança do atendimento presencial para o atendimento via telefone (teleatendimento) e até mesmo contato telefônico para monitoramento das condições crônicas e dos pacientes sintomáticos respiratórios. Alguns estudos mostraram que a supervisão dos contatos suspeitos e confirmatórios por teleatendimento pode contribuir no monitoramento e gerenciamento dos casos, na análise da situação de saúde da comunidade e na minimização dos agravos de saúde (FERNANDEZ *et al.*, 2020; ARAÚJO, ARRUDA; 2020; GUERRA *et al.*, 2021). Nas falas dos entrevistados foi visto que, por meio do teleatendimento foi possível monitorar os pacientes que estavam infectados pelo Coronavírus, mas também esclarecer dúvidas dos demais usuários que acessavam a US para acompanhamento de suas comorbidades ou demais necessidades que podiam ser atendidas na APS.

Ainda com relação às modificações do processo de trabalho, houve várias condições de saúde dos trabalhadores que os tornavam mais vulneráveis no ambiente de trabalho. Nesse contexto, a assistência foi necessária por parte dos trabalhadores, mesmo com restrições, como lactantes e pessoas idosas. O estudo de Escobar, Rodrigues e Monteiro (2021) corrobora com a pesquisa, pois demonstra que os trabalhadores idosos possuem aumento da letalidade em casos de infecção pelo vírus, implicando diretamente na assistência aos usuários.

Já na análise sobre as potencialidades dessa reorganização do processo de trabalho foi visto que houve um maior comprometimento da equipe, trabalho em conjunto de todas as categorias no serviço e união dos profissionais. Tais potencialidades também foram evidenciadas em um estudo sobre práticas colaborativas entre a equipe de saúde frente à COVID-19, demonstrando que a interação e comunicação efetiva foram importantes para atuação da equipe assistencial de forma conjunta (BELARMINO *et al.*, 2020).

Outra abordagem sobre as potencialidades foi o papel que a APS tem em relação à vigilância do território, mesmo com as equipes fragilizadas pela pandemia. Conforme a fala dos participantes, houve a articulação entre os diferentes gestores e a equipe, estabelecendo fluxos de informação, em uma via de mão dupla, aprimorando a qualidade das ações (MEDINA *et al.*, 2020). No entanto, outros estudos envolvendo realidades diferentes apontam que a fragilidade de relações trabalhistas gera uma



baixa integração entre a APS e demais níveis de atenção na rede, comprometendo a coordenação e a continuidade do cuidado (ABRASCO, 2020; MENDES, CARNUT, 2020).

Com relação às melhorias necessárias para o processo de trabalho foi enumerado, principalmente, a falta de estrutura física da US para os diferentes atendimentos, mas também a necessidade de mais profissionais da Enfermagem no serviço. Um estudo identificou que situações como falta de espaço e recursos adequados para a assistência e subdimensionamento das equipes demonstram a limitada capacidade de resposta do sistema de saúde diante de uma doença altamente transmissível, na qual há casos que progridem para a forma grave da doença (DAVID *et al.*, 2021).

Esse mesmo estudo mostrou que as equipes também enfrentaram dúvidas quanto ao manejo dos casos suspeitos e, muitas vezes, encontraram-se perdidas e sem tempo protegido no trabalho para estudo das notas técnicas, boletins epidemiológicos e recomendações para a ação (DAVID *et al.*, 2021). O mesmo foi encontrado nas falas envolvendo os desafios relacionados às mudanças no processo de trabalho da presente pesquisa, em que a gravidade dos pacientes gerava por vezes o sentimento de insegurança, assim como dificuldades inerentes à falta de planejamento prévio pela necessidade de adaptação em um curto período de tempo.

Em relação às dificuldades da reorganização do processo de trabalho, destaca-se o prejuízo da longitudinalidade e da vigilância em saúde devido à impossibilidade da realização de reuniões, grupos e a restrição dos atendimentos, priorizando-se casos mais graves. O acesso à APS foi fragilizado em virtude da pandemia da COVID-19, ocasionando uma nova modalidade de atendimento por teleatendimento, porém ressaltam que sempre haverá quem precise ir à US, seja ela a sua estrutura conhecida ou a uma tenda provisória (MEDINA *et al.*, 2020; ALVES, 2020)

Diante desse contexto, a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde, com turnos mais estressantes, associados ao medo de contaminação, principalmente, pelas condições de trabalho, com destaque para escassez de EPIs foram dificuldades e sentimentos descritos em diferentes estudos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; SPAGNOL *et al.*, 2020; MIRANDA *et al.*, 2020). Isso foi constatado nas falas dos entrevistados, com relação à demanda excessiva dos atendimentos de pacientes com sintomas respiratórios e à necessidade de um quantitativo maior de EPIs, principalmente no início da pandemia, momento em que muitos deles relataram que tiveram que adquiri-los com recursos próprios.

A partir das narrativas sobre os sentimentos relacionados à mudança do processo de trabalho, é visto que os profissionais da enfermagem trabalham em contato direto com pacientes contaminados, sendo inerente à atividade profissional, ocasionando apreensão, preocupação, estresse, desgaste físico e mental. Sob essa perspectiva, demais estudos afirmaram que esses profissionais podem apresentar medos, sofrimentos, ansiedade e depressão impactando negativamente na satisfação do trabalho. Esses fatores associados à crise de recursos em virtude da pandemia fizeram com que muitos passassem por estresses físicos, mentais e sociais diários. A falta de EPIs e a divulgação pelas mídias de informações



mal interpretadas, dúvidas e mentirosas acerca da doença contribuíram também para o avanço do esgotamento profissional (TOLÊDO *et al.*, 2021; LÓSS *et al.*, 2020; RESTAURI, ALISON, 2020; FIGUEIREDO JÚNIOR *et al.*, 2021).

Todavia, a valorização da Enfermagem neste período foi evidenciada também nas falas dos participantes, e isso fez com que a equipe se sentisse protagonista do cuidado em saúde. Contudo, necessita-se de uma consciência crítica e um exercício de uma vigilância cidadã em que os profissionais da Enfermagem não assumam o papel de anjos da salvação, o que poderia, inclusive, custar suas vidas. A equipe de enfermagem precisa ter reconhecimento, principalmente pelos graus de exposição e, por isso, reivindicar a responsabilização do Estado para aqueles que se mobilizaram para o enfrentamento da doença (DAVID *et al.*, 2021).

Com relação à percepção dos participantes sobre como esse cenário repercutiu na vida dos usuários, descreveu-se a cobrança dos usuários sobre a necessidade de atendimento na US, provavelmente pela falta de compreensão da real situação a qual estavam vivendo. A atuação da enfermagem tem sido ressaltada como parte da equipe que pode salvar vidas, diante da gravidade da situação. Esta atuação, quando divulgada nos meios de comunicação e, também, quando indicada nas normativas, restringe-se aos espaços dos serviços, ficando o nível da APS responsável por receber e realizar triagem de casos suspeitos, e os níveis de média e alta complexidade, de receber e de desenvolver ações de cuidado e terapêutica, de acordo com a gravidade do caso (DAVID *et al.*, 2021).

Conforme Nedel (2020) foi visto que a demanda de trabalho da APS não diminuiu com o surgimento da pandemia, pois foi necessário atender tanto a população contaminada quanto a não contaminada, adotando-se os cuidados necessários para evitar o contágio. Além disso, a carga emocional sobre todos nesse momento da vivência de uma pandemia foi um marcador importante de uma atenção integral e com vínculo forte. Essa foi uma das contribuições fundamentais que a APS ofereceu à população, nesse momento, em relação ao vínculo com os usuários, o que foi evidenciado também pelos participantes desta pesquisa. Entende-se que a enfermagem na APS foi importante para os usuários, principalmente, pelo vínculo e pela longitudinalidade do cuidado, além da resolutividade dos atendimentos, sistematizando o cuidado ao usuário de forma integral.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados desta pesquisa, houve uma reorganização do processo de trabalho da equipe de enfermagem da ESF frente à pandemia da COVID-19. As principais modificações foram à priorização dos atendimentos aos sintomáticos respiratórios, a necessidade de EPIs, a higienização das mãos e do ambiente assistencial, o distanciamento dos profissionais e da comunidade, além de novas formas de cuidado como o teleatendimento.

Além disso, foram feitas capacitações, leitura de protocolos e treinamentos, principalmente sobre atendimentos de urgência e emergência. Houve maior participação da equipe, trabalhando em



conjunto e uma articulação entre as gerências do município em relação aos protocolos e medidas sanitárias do Ministério da Saúde. No entanto, poucos artigos abordam essas últimas temáticas, talvez pela fragilidade nas relações trabalhistas e pelo adoecimento dos trabalhadores, principalmente, no âmbito da saúde mental.

Pelos relatos dos participantes, a reorganização do processo de trabalho frente à pandemia pode trazer reflexões acerca da potencialidade dessa categoria profissional para o enfrentamento da doença, além de mostrar o quanto a APS tem um papel fundamental no cuidado integral e longitudinal das comunidades. Assim, há a necessidade de novos estudos sobre as reorganizações dos processos de trabalho da equipe de enfermagem de outras US do país, para maior aprofundamento sobre o tema, o que poderá contribuir no reconhecimento da enfermagem da APS e poderá servir como ferramenta para o enfrentamento de pandemias futuras e a um melhor cuidado dos profissionais de saúde e da população.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Rede de Pesquisa em APS-ABRASCO. *Desafios da APS no SUS no enfrentamento da pandemia da Covid-19: relatório de pesquisa*. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/RelatorioDesafiosABCovid19SUS.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.
- ALVES, Maria Teresa Garcia. Reflexões sobre o papel da atenção primária à saúde na pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 1-5, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2496](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2496/1557>. Acesso: 6 nov. 2021.
- ARAÚJO, Ana; ARRUDA, Luana. Teleatendimento como ferramenta de monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 57807-57815, ago. 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n8-259. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/14954>. Acesso em: 27 abr. 2022.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BELARMINO, Adriano da Costa *et al.* Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, n. 6, p. 1-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0470>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rKzwK3MPsgVSD9X3Ttqm5tb/?lang=en>. Acesso em: 20 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422_ProtocoloManejo_ver08.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.
- DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal *et al.* Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional:



qual o papel da enfermagem diante da Covid-19? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 42, n. esp., p. 1-7, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190254>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5pFrzDtdZxnPqVNWfq8tJZj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2020.

ESCOBAR, Ana; RODRIGUEZ, Tomás; MONTEIRO, Janne. Letalidade e características dos óbitos por COVID-19 em Rondônia: estudo observacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 1-10, out. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/s9XR5ZWVjtBJrNFJMK7khCf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2022.

FERNANDEZ, Michelle Vieira *et al.* Reorganizar para avançar: a experiência da atenção primária à saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS em Revista*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i2.84. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/84>. Acesso em: 10 maio 2021.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares *et al.* O Processo de trabalho da enfermeira, na atenção primária, frente à pandemia da COVID-19. In: TEODÓSIO, S. S. S.; LEANDRO, S. S. (org.). *Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19*. 2. ed. Brasília, DF: ABEn, 2020. p. 18-25. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e3-atencaobasica-cap3.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

FIGUEIREDO JÚNIOR, Adilson Mendes de *et al.* Sentimentos e vivências dos profissionais da enfermagem no combate ao Coronavírus. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, São Paulo, v. 9, p. 1-6, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAenf.e6294.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/6294/3968>. Acesso em: 6 jun. 2021.

GUERRA, Érica Ribeiro *et al.* Implementação da teleconsulta na enfermagem de reabilitação durante a pandemia pelo coronavírus: relato de experiência. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, Recife, v. 6, p. 1-6, dez. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20210018>. Disponível em: <http://www.redcps.com.br/detalhes/117>. Acesso em: 27 abr. 2022.

GUIMARÃES, Fabiano Gonçalves *et al.* A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. *APS em Revista*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.128>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>. Acesso em: 7 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 21 abr. 2022.

LÓSS, Juliana da Conceição Sampaio *et al.* A saúde mental dos profissionais da linha de frente contra a COVID-19. *Revista Transformar*, São José de Itaperuna, v. 14 p. 52-73, 2020. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/375>. Acesso em: 13 nov. 2021.



MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 36, p. 1-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHNrPTcBb7Yy/?lang=pt>. Acesso em: 9 mar. 2020.

MENDES Àquilas; CARNUT Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social*, Brasília, DF, v. 22, n. 46, p. 9-32, 2020. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 14 nov. 2020.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, Fernanda Moura D'Almeida *et al.* Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 25, p. 1-8, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702/pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

NEDEL, Fúlvio Borges. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! *APS em Revista*, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 11-16, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.68>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/68>. Acesso em: 6 out. 2020.

RESTAURI, Nicole; ALISON, Sheridan. Burnout and posttraumatic stress disorder in the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: intersection, impact, and interventions, *Journal of the American College of Radiology*. New York, v. 17, n. 7, p. 921-926, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>. Disponível em: [https://www.jacr.org/article/S1546-1440\(20\)30546-9/fulltext](https://www.jacr.org/article/S1546-1440(20)30546-9/fulltext). Acesso em: 4 nov. 2020.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia Serviço de Saúde*, Espírito Santo, v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020. DOI: [10.5123/S1679-49742020000200024](https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024). Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2020.v29n2/e2020166/pt>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SPAGNOL, Carla Aparecida *et al.* Spot light son during the COVID-19 pandemic: paradoxes in the Nursing work process. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 24, p. 1-6, 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200079>. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1514>. Acesso em: 5 jan. 2021.

TOLÊDO, Letícia Graciela *et al.* Mental health of nursing professionals in pandemic times of COVID-19. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 49163-49174, 2021. DOI: [10.34117/bjdv7n5-358](https://doi.org/10.34117/bjdv7n5-358). Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/29878/23558>. Acesso em: 10 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Report of the who-china joint mission on*



coronavirus disease 2019 (COVID-19). Geneva: WHO, 2020.

Disponível em: https://reliefweb.int/report/china/report-who-china-joint-mission-coronavirus-disease-2019-covid-19?gclid=EAIaIQobChMIzLmbnbLc9gIVl4KRCh2kfA7DEAAYASAAEgLUd_fD_BwE. Acesso em: 11 maio 2020.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 15 de fevereiro de 2022.

Aceito em 31 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SOUTO, Lucia Helena Donini; MATTIONI, Fernanda; MULLER, Juliana de Lima; COSTA, Liciane. (Re) organização do processo de trabalho da enfermagem da Atenção Primária à Saúde frente à COVID-19. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 54-68, 2022.





Planejamento reprodutivo no Brasil: contracepção e a saúde biopsicossocial da mulher

Reproductive planning in Brazil: contraception and the biopsychosocial health of women

Débora Cândido de Souza ¹
Jaqueline Batista de Oliveira Costa ²

RESUMO

O presente trabalho se constitui como uma revisão integrativa da literatura, tendo em vista discorrer acerca do tema: contracepção feminina dentro do âmbito do Planejamento Reprodutivo no Brasil. A pesquisa teve como objetivo descrever os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres, bem como os efeitos colaterais existentes nestes e discutir a relação dos mesmos com a saúde biopsicossocial da mulher. Visou-se promover reflexões que contribuam com a assistência em saúde. A busca ocorreu por meio de duas das bases de dados: BVS e SCIELO, de artigos em português dos últimos dez anos (2011-2021), abrangendo os descritores: Contraceptivos; Anticoncepcionais; e Efeitos Colaterais. Dentre os efeitos colaterais dos métodos mais utilizados pelas mulheres (hormonais), foram evidenciados diversos efeitos que extrapolaram o âmbito orgânico, pois também tiveram impacto nas dimensões emocional e social. Compreende-se que é dever do Sistema Único de Saúde - SUS promover um atendimento integral, em que, práticas precisam ser continuamente aprimoradas, tendo em vistas proporcionar uma atenção cada vez mais humanizada. Nesse sentido, é preciso melhorar a informação das usuárias acerca dos efeitos adversos a fim de que estas exerçam maior autonomia em suas decisões no que tange ao Planejamento Reprodutivo.

Palavras-chave: contraceptivos; anticoncepcionais; efeitos colaterais.

ABSTRACT

This paper presents an integrative literature review aiming to discourse on the theme of female contraception within the scope of Reproductive Planning in Brazil. The research aimed to describe the contraceptive methods most used by women and their side effects, discussing their relationship with the biopsychosocial health of women. We aimed to promote reflections that contribute to health care. The search was carried out on BVS and SCIELO, two databases of papers in Portuguese, considering papers published in the last ten years (2011–2021) covering the following descriptors in Portuguese: “Contraceptivos” and “Anticoncepcionais” (both meaning contraceptives) and “Efeitos Colaterais” (side effects). Among the side effects of the methods most used by women (hormonal methods), various effects were made evident that extrapolated the organic scope because they also impacted the emotional and social dimensions. It is understood that it is the duty of the Unified Health System to promote integral care, in which practices need to be enhanced continuously, aiming to provide evermore humanized care. In this sense, it is necessary to improve the information users have about the adverse effects so they may exercise more significant autonomy in their decisions regarding Reproductive Planning.

Keywords: Contraceptives; Side Effects.

¹ Psicóloga residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-infantil no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

Contribuição de autoria: Todas as etapas do manuscrito foram realizadas pelas autoras.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5069-8916>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/657446507076112>

E-mail: deboracsouza28@hotmail.com

² Professora Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil, 2011. Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós-Graduação (Mestrado) em Psicologia na Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD (Dourados/MS).

Contribuição de autoria: Todas as etapas do manuscrito foram realizadas pelas autoras.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2598-3982>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1325658094959709>

E-mail: jakbatista15@gmail.com



INTRODUÇÃO

O Planejamento Familiar ou Reprodutivo (PR) no Brasil é respaldado pela lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. O artigo 2º desta lei descreve como PR o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal. Junto a isso, de acordo com o artigo 3º, o PR integra o conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, incluída em uma perspectiva de atendimento global e integral à saúde. Ressalta-se que o PR é direito de todas as pessoas.

Além disso, o artigo 4º ressalta que o PR deve-se orientar por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Já o artigo 9º afirma que para que ocorra o exercício do direito ao PR, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

Desde então, diversas ações têm sido realizadas, no que se refere à regulação da fecundidade, e constituição familiar. Sendo assim, é imprescindível que o Sistema Único de Saúde (SUS) garanta em toda a rede de serviços, atividades básicas como: a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; e o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis (BRASIL, 1996).

Outro marco para o PR foi a Constituição Federal do Brasil, que em seu artigo 226, no § 7º, destaca:

fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL.[Constituição (1988)], 1988).

Nessa perspectiva, políticas e programas voltados para o PR foram criados, como: o PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1984), a PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e a Política dos direitos sexuais e reprodutivos (2005).

No Brasil, a implantação do PAISM em 1984, incorporou o PR às ações de atenção integral à saúde da mulher (FIUZA *et al.*, 2015). Portanto, o PAISM tinha por objetivo disseminar informações acerca da saúde reprodutiva e visava ampliar o acesso da população aos meios de contracepção, por meio da informação e livre escolha (SILVA *et al.*, 2011). O PAISM significou o princípio de uma política pública voltada para a saúde da mulher, propondo uma abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. O PAISM apresenta como um de seus objetivos principais a atenção à mulher em sua integralidade (SENA, 2010). Portanto, este programa constituiu grande influência no que se refere ao atendimento em PR.

Além disso, merece destaque a PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher criada em 2004, que possui como objetivos gerais:



promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. – Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie – Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011, p. 67).

Outro marco importante foi a Política Nacional dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, com início em 2005 promovida pelo Ministério da Saúde. Entre as diretrizes e ações propostas estão:

a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013, p. 20).

Sendo assim, compreende-se que o PR é constituído por diversas ações em saúde. Dentre estas, pode-se citar a oferta e disseminação dos métodos contraceptivos. É necessário ressaltar que o PR não se reduz ao âmbito da contracepção, no entanto, a mesma é parte importante deste tema e foco deste trabalho.

No Brasil, de acordo com o Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar do Ministério da Saúde de 2002, a ampliação do acesso aos usuários no que se refere à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que se garanta o exercício dos direitos reprodutivos. Este manual oferece aos profissionais da saúde um conjunto de informações sobre a assistência à anticoncepção, além da assistência à infertilidade conjugal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).

O Manual Técnico, ressalta que, a assistência em anticoncepção, prevê a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde, junto ao conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações do uso, para que seja possível uma escolha livre e consciente. Além do mais, afirma ser necessário o acompanhamento contínuo aos usuários (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).

Os métodos contraceptivos existentes atualmente são os seguintes: anticoncepcionais hormonais: orais e injetáveis, implante contraceptivo subdérmico, anel vaginal, adesivo transdérmico, dispositivo intrauterino de hormônio; anticoncepção intrauterina: dispositivo intrauterino de cobre; métodos de barreira: preservativo masculino e feminino, diafragmas, espermicidas, capuz cervical; métodos de percepção da fertilidade (Método de Ovulação Billings, Método da temperatura basal; e métodos definitivos como laqueadura e vasectomia (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002; FINOTTI, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Nesse contexto, pode-se afirmar que, grande parte dos métodos contraceptivos atualmente são destinados para o público feminino, conforme apontam os manuais de contracepção e outros es-



tudos. Conforme um estudo realizado na região Sul do Brasil, os principais métodos utilizados entre brasileiras em idade reprodutiva têm sido o anticoncepcional oral e a ligadura tubária, seguidas do preservativo masculino, sendo: uso do anticoncepcional oral isolado 31,8%; ligadura tubária 11,1%; e preservativo masculino 10,9%. Além disso, uso combinado de anticoncepcional oral e preservativo masculino 10,5% (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Por outro lado, há evidências indicando que o uso da esterilização cresceu principalmente entre os grupos menos privilegiados. Já nos grupos socialmente mais favorecidos, observa-se uma tendência de diminuição da esterilização e de aumento do uso de outros métodos modernos, em especial os hormônios, a esterilização masculina e o preservativo (AMORIM; BONIFÁCIO, 2010).

Ainda, segundo Leal e Bakker (2017) após mais de 50 anos da comercialização da primeira pílula, a mesma continua ocupando um lugar de destaque, se tratando dos discursos sobre a mulher, sendo a forma de contracepção reversível mais utilizada no Brasil. Em um estudo realizado na cidade de São Paulo em 2015, dentre as 2.885 mulheres incluídas na análise, 84% relataram utilizar contracepção, elas ou o parceiro. Sendo que, a prática mais frequente foi o uso da pílula (27%), seguida pelo preservativo masculino (19%) e pelo hormonal injetável (10,4%).

Em outro estudo, de Farias (2016), foi possível perceber que no Brasil, a prevalência de uso de contraceptivo oral e contraceptivo injetável em mulheres de 15 a 49 anos, não gestantes, residentes em área urbana brasileira foi de 32,7%. Sendo que o uso de contraceptivo oral foi de 28,2% e de contraceptivo injetável de 4,5%. A prevalência de contraceptivo oral foi maior na região sul e menor na região norte. O acesso foi maior para usuárias de contraceptivo oral do que de contraceptivo injetável.

Portanto, as evidências apontaram para um discreto número no que se refere a utilização dos métodos masculinos como é o caso do preservativo masculino e a vasectomia. Por outro lado, percebe-se, dentro do conjunto de estudos brasileiros, apesar das diferenças regionais, uma grande concentração no uso de métodos contraceptivos femininos, especialmente da pílula anticoncepcional oral e os contraceptivos hormonais injetáveis.

Nesse contexto, a ausência de quaisquer efeitos adversos dos contraceptivos ainda não foi possível, sendo direito do usuário ser informado adequadamente sobre os mesmos. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar capacitados para prevenir e tratar tais efeitos, além de avaliar os riscos que o uso de determinados métodos possam gerar para a saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002). Isso implica em que esforços estejam direcionados para que os atendimentos contemplem a saúde biopsicossocial dos usuários.

A partir da compreensão de que o PR não se reduz à contracepção, é imprescindível que os serviços de saúde do SUS promovam um atendimento em PR priorizando a humanização e a integralidade da atenção. Tendo em vista que a contracepção envolve a vida de muitas mulheres no Brasil, é de extrema necessidade que haja uma efetiva preocupação com a saúde feminina. Para isso, é necessário garantir a segurança das mesmas quanto à contracepção, compreendendo a relação dos métodos



contraceptivos com a saúde biopsicossocial da mulher.

Pode-se afirmar que a saúde biopsicossocial considera todos os aspectos que fazem parte da experiência humana, como: biológico, emocional, relações sociais, dentre outros. Portanto, o cuidado em saúde biopsicossocial está relacionado com a reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, além de significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, sendo necessária a criação de um espaço relacional que esteja além do saber-fazer científico/tecnológico (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

METODOLOGIA

O trabalho consiste em uma revisão integrativa da literatura nacional no que se refere aos efeitos adversos dos métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres atualmente. A revisão integrativa consiste em uma abordagem metodológica ampla, que permite a inclusão de estudos tanto experimentais como não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina dados da literatura teórica e empírica, e incorpora diversos propósitos como definir conceitos, revisar teorias e evidências, além de analisar problemas metodológicos de determinado tópico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Dessa forma, os artigos científicos foram pesquisados nas bases de dados: BVS - Biblioteca Virtual em Saúde e SCIELO - Scientific Electronic Library Online. A estratégia utilizada para a busca incluiu artigos publicados nos últimos dez anos (2011-2021), os quais se constituíam de textos completos. Nesse sentido, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Anticoncepcionais”; “Contraceptivos” e “Efeitos colaterais”.

Assim, com a combinação das palavras-chave foram encontrados na BVS 164 artigos e na SCIELO 5 artigos, totalizando 169 publicações nesse primeiro momento. Foram excluídos os artigos que não se enquadram no objetivo proposto, e não tinham relação com o assunto em estudo, além de textos que não apresentavam características de artigo científico, tais como livros, teses e dissertações.

De modo semelhante, foram desprezados aqueles que não estavam em português, eram repetidos ou o texto completo não estava disponível nas plataformas. Os que se encontravam fora do período previsto também foram descartados. Por outro lado, para a inclusão dos artigos foi estabelecido como critérios que estes incluíssem nos resultados a utilização de anticoncepcionais por mulheres e contemplassem os efeitos colaterais dos mesmos, para posterior análise. Por fim, foi discutida a relação de tais efeitos adversos para a saúde biopsicossocial da mulher.

Desse modo, dos 169 artigos encontrados, 153 foram excluídos, restando para a análise 16 artigos. Para a apresentação dos dados, foi elaborado um quadro, a fim de melhor organização e visualização dos resultados, enfocando os aspectos qualitativos, como título do artigo, ano, metodologia e resultados.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 apresenta os artigos que constituíram este estudo e as informações consideradas mais relevantes para o presente trabalho.

Para a exposição dos principais resultados, foi reproduzido o título e o ano de publicação de cada artigo, feita uma breve descrição da metodologia utilizada, seguida de um resumo dos resultados mais relevantes encontrados para a análise.

Quadro 1 - Artigos selecionados para análise:

Título do artigo/ autor	Ano	Metodologia	Resultados
Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde (PRADO; SANTOS).	2011	Estudo transversal, no qual foram incluídas 210 mulheres, 110 atendidas no serviço público e 100, no privado. Os dados foram obtidos através de aplicação de questionário às pacientes com vida sexual ativa e que concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.	Os principais métodos utilizados em ambos os setores, respectivamente público e privado, foram os hormonais (41 e 24%, $p=0,008$) e os definitivos (20 e 26%, $p=0,1$). Das entrevistadas, 13,3% do total interrompeu, há mais de seis meses, o uso do método que utilizavam (14,5% do setor público e 12% do setor privado; $p=0,5$), sendo que das que interromperam no setor público, 81,3% mencionaram a existência de efeito colateral associado ao uso, e 18,7% interromperam para engravidar. De modo similar, no setor privado, onde 83,3% das mulheres interromperam o uso por efeitos colaterais e 16,7% por desejo de gestação.
Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados (BAHAMONDES <i>et al.</i>).	2011	Estudo de corte transversal com 400 ginecologistas do Brasil, registrados na Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Cada médico entrevistou 10 mulheres não grávidas, não lactantes, não em amenorreia, com idades entre 18 e 39 anos que consultavam solicitando anticoncepcional oral combinado (ACO), com um questionário no início de uso e aos 6 meses posteriores.	Entre as mulheres que descontinuaram o uso de anticoncepcionais orais combinados, as principais razões apresentadas foram o desejo de engravidar (36,5%) e os efeitos colaterais (57,3%). Os efeitos colaterais mais apontados pelas mulheres foram: cefaléia (37,6%), sangramento uterino irregular (23,6%) e aumento de peso (16,6%).



Contracepção hormonal: uma comparação entre pacientes das redes pública e privada de saúde (GOMES <i>et al.</i>).	2011	A presente investigação trata-se de um estudo de corte transversal realizado com pacientes usuárias de contracepção hormonal, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2006, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade presidente Antônio Carlos (Unipac).	O contraceptivo hormonal oral foi o mais prescrito na rede pública de saúde, em dosagem de 30 mcg de etinilestradiol (EE) (48,3%). Na rede privada de saúde, o contraceptivo hormonal oral foi o mais prescrito (36,7%), em dosagem de 15 ou 20 mcg de EE ($p<0,05$). Não se verificaram diferenças em relação à frequência dos efeitos colaterais (cefaleia ($p=0,45$), enjoo ($p=0,24$), sangramento irregular ($p=0,62$), mudança de humor ($p=0,22$), sensibilidade nas mamas ($p=0,22$). Quando se avaliou a descontinuação da medicação, considerando as pacientes que apresentaram efeito colateral (setor privado, $n=16$; setor público, $n=8$), verificou-se que 6,3% das pacientes do setor privado suspenderam a medicação apenas pela presença desses efeitos. No grupo público, 50% das pacientes suspenderam a medicação devido a estes efeitos ($p=0,03$ ~IC=1,29-174,39).
Contracepção Hormonal e Sistema Cardiovascular (BRITO; NOBRE; VIEIRA).	2011	Revisão acerca da influência dos contraceptivos hormonais em relação a trombose venosa, arterial e hipertensão arterial sistêmica, doenças cada dia mais prevalentes na população feminina jovem.	Os benefícios do uso dos contraceptivos hormonais ultrapassam os riscos associados a esses medicamentos.
Impacto dos contraceptivos hormonais na densidade óssea: evidências atuais para contracepção na adolescência (COSTA <i>et al.</i>).	2011	Pesquisa realizada entre maio e agosto de 2010, por três revisores independentes que acessaram as bases de dados: Medline, Lilacs, Ibics, Scielo e Cochrane.	Os resultados apontam para uma relação existente entre o uso de contraceptivos hormonais e o metabolismo ósseo, porém o grau do impacto desses anticoncepcionais sobre o osso ainda não pôde ser estabelecido, em função das várias formulações disponíveis, suas dosagens, tempo de uso e fase do desenvolvimento da mulher.
Inflamação Subclínica em Mulheres que Utilizam Contraceptivo Oral (PETTO <i>et al.</i>).	2013	Estudo realizado na Faculdade Social da Bahia, Salvador, BA - Brasil no período de julho a dezembro 2012. Incluídas mulheres aparentemente saudáveis, com idade entre 18-28 anos, eutróficas, classificadas como irregularmente ativas e com triglicérides de jejum <150 mg/dL.	Mulheres em uso de contraceptivo oral apresentam valores mais elevados de PCR do que mulheres que não o utilizam. Logo, diante do que foi exposto, é considerável a hipótese de que mulheres em uso de contraceptivo oral apresentam maior risco potencial de desenvolvimento de doença arterial que a população feminina que não o utiliza.



Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão (HOLANDA <i>et al.</i>)	2013	Revisão bibliográfica a partir de consulta nos bancos de dados eletrônicos como Medline, Lilacs, Wholis e Biblioteca Cochrane, sem restrição linguística, à procura de artigos que abordassem controvérsias sobre o DIU e foram selecionados 32.	Os efeitos colaterais mais frequentes apresentados pelas usuárias de DIU, são o aumento do fluxo menstrual (menorragia) e a exacerbação das cólicas menstruais (dismenorreia), consideradas as razões mais comuns para a sua remoção. As complicações do método incluem, além da perfuração uterina, decorrente da colocação inadequada, a expulsão e uma maior predisposição para infecções. Foi observado também que ocorre mudança da microbiota vaginal após a inserção do DIU, predispondo a infecções, sobretudo no primeiro ano de uso.
Anticoncepcionais reversíveis de longa duração: Implante Liberador de Etonogestrel (Implanon®) (BRAGA; VIEIRA).	2015	Revisão narrativa sobre o implante liberador de etonogestrel, seus efeitos adversos e benefícios contraceptivos e não contraceptivos.	Os principais efeitos adversos reportados pelas mulheres, em uso do implante liberador de etonogestrel, excluindo-se sangramento irregular, são: cefaléia (15,3%), mastalgia (10,2%), acne (11,4%), ganho de peso (11,8%), labilidade emocional (5,7%), e diminuição da libido (2,3%) 32.
Contracepção de longo prazo: dispositivo intrauterino (Mirena®) (MONTEIRO).	2015	Foram revisados artigos relevantes sobre SIU-LNG utilizado como contracepção e apresentados os resultados mais impactantes na prática clínica.	As principais razões para descontinuação do SIU-LNG estão ligadas à mudança no padrão de sangramento, que pode ser irregular, frequente (spotting), abundante ou ausente (amenorreia) (B). Outro motivo para remoção do SIU-LNG, embora não muito frequente, são as razões hormonais, que ocorrem em torno de 4 a 7% das vezes (A). As razões mais comuns são ganho de peso, acne e hirsutismo e raros casos de alopecia (0,33%) foram descritos (C).
Contracepção injetável trimestral (PANISSET; GIORDANO; GIORDANO).	2015	Os autores realizaram revisão sobre o contraceptivo injetável trimestral priorizando seu modo de uso, efeitos benéficos, efeitos adversos e critérios de elegibilidade para sua prescrição.	Entre os efeitos colaterais, destacam-se ganho de peso, dor abdominal, cefaléia, mudança de humor e diminuição do desejo sexual.
Efeitos adversos em usuárias de implante contraceptivo (MORAES <i>et al.</i>).	2015	Trata-se de um estudo de atualização, no qual foi realizada uma busca nos bancos de dados PubMed, Science Direct, Scope e Google Acadêmico, usando os seguintes descritores: "Implant Contraceptive", "Implant Contraception", "Adverse Effects", "Side Effects", "Implanon®" e "Etonogestrel", tendo ocorrido a última consulta em 5 de setembro de 2014.	Entre os efeitos mais relatados pelas usuárias, estão as alterações no padrão de sangramento, cefaléia, ganho de peso, acne e labilidade emocional.



Proteína C Reativa em Usuárias de Contraceptivo Oral: Fatores Relacionados e Risco Cardiovascular (SANTOS <i>et al.</i>)	2016	Estudo de revisão sistemática para identificar estudos sobre os efeitos do COC sobre os valores plasmáticos da PCR, bem como o risco de eventos cardiovasculares e os fatores relacionados a sua elevação.	Com base nos estudos analisados, mulheres em idade reprodutiva que utilizam COC, tanto a curto quanto a longo prazo, apresentam valores mais elevados da PCR, o que sugere maior risco de eventos cardiovasculares nesta população.
Influência de anticoncepcionais hormonais e ocorrência de acidente vascular cerebral: revisão integrativa (LIMA <i>et al.</i>)	2017	Revisão integrativa da literatura, com pesquisa em bases de dados, utilizando os descritores “contraceptive agents”, “contraceptive devices”, “contraceptives, Oral” e “stroke”.	A exposição aos anticoncepcionais hormonais combinados aumenta a chance de ocorrência do evento, exceto o injetável e o transdérmico. Os exclusivos de progestágeno foram considerados seguros.
Efeitos dos diferentes anticoncepcionais hormonais nos valores de pressão arterial da mulher (RIBEIRO <i>et al.</i>)	2018	Trata-se de revisão integrativa da literatura, constituída por dez artigos científicos publicados no PubMed e BVS, entre 2012 e 2016, selecionados por meio de palavras-chave, disponíveis na íntegra, gratuitos, em inglês, português ou espanhol.	Quatro artigos incluídos neste estudo (12-15), sendo dois de revisão (12-13), indicaram como resultado aumento significativo da pressão sanguínea pelo uso de CHC, tanto em hipertensas (13) quanto em normotensas (12,14-15). Além disso, dois artigos associaram o tempo prolongado de uso da medicação à prevalência de hipertensão (13,15); e um (18) encontrou altos índices de hipertensão na população usuária desse tipo de medicamento.
A utilização de contraceptivos hormonais por adolescentes e potenciais riscos para a saúde (CARDOSO <i>et al.</i>)	2019	Revisão integrativa da literatura científica dos últimos 10 anos. Incluídos os estudos sobre uso de anticoncepcional por adolescentes e os riscos associados.	Sua utilização (anticoncepcionais conjugados orais) está associada a complicações sérias como trombose venosa profunda. Efeitos colaterais frequentes são as náuseas, sangramento vaginal irregular, cefaleia, hipersensibilidade mamária e alterações no humor. Outros autores destacam o risco para complicações do sistema vascular associado ao uso de anticoncepcionais hormonais. Além disso, é salientado que existe risco de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e trombose venosa profunda principalmente entre as tabagistas, independente da faixa etária. Os anticoncepcionais combinados injetáveis possuem as mesmas contra indicações e efeitos colaterais do método oral. A versão injetável trimestral possui restrições em pacientes adolescentes devido ao seu efeito sobre a densidade óssea. Além disso, existe demora do retorno da fertilidade após a suspensão do uso.



O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas (FERREIRA; D'ÁVILA; SAFATLE).	2019	Trata-se de uma revisão bibliográfica nas bases de dados SciELO, BVS e PubMed, com foco nas correlações entre o uso da pílula anticoncepcional e as alterações metabólicas.	Apesar dos benefícios na contracepção da pílula anticoncepcional, ela tem diversos efeitos colaterais, entre eles as alterações nas vias metabólicas de lipídeos e proteínas, na cascata de coagulação, na sensibilidade à insulina, nas propriedades vasoativas, no metabolismo do zinco e até na pressão arterial.
--	------	---	--

Fonte: conteúdo retirado dos artigos mencionados no próprio quadro.

Os contraceptivos mais utilizados pelas mulheres que apareceram nos artigos foram os hormonais (orais e injetáveis). No entanto, também apareceram outros como o implante subdérmico e dispositivo intrauterino (DIU).

A partir dos resultados encontrados, percebe-se que, se por um lado, os contraceptivos cumprem seu principal objetivo, que é impedir uma gravidez: “Entende-se por anticoncepção o uso de métodos e técnicas com o objetivo de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez” (FINOTTI, 2015), por outro, acarretam diversos efeitos adversos que influenciam significativa e diretamente a vida e saúde da mulher.

Conforme apontaram alguns dos estudos, uma das principais causas para a interrupção dos métodos contraceptivos pelas mulheres foi justamente a existência de efeitos colaterais associados ao uso (PRADO; SANTOS, 2011; BAHAMONDES *et al.*, 2011; GOMES *et al.*, 2011; MONTEIRO, 2015).

Considerando os efeitos adversos mais citados na literatura, é possível compreender que tais efeitos não se limitam ao âmbito orgânico, mas se estendem aos níveis emocional e social, como será melhor explorado a seguir. Sendo que, ao falar de saúde biopsicossocial entende-se que se trata de um conjunto, e não se limita a apenas uma dimensão. Pois “a compreensão sobre saúde passa de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista dos mecanismos do corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas” (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

De acordo com os estudos analisados, os efeitos adversos dos contraceptivos hormonais são vários, como se segue:

- Cefaleia (BAHAMONDES *et al.*, 2011; GOMES *et al.*, 2011; CARDOSO *et al.*, 2019; BRAGA; VIEIRA, 2015; PANISSET; GIORDANO; GIORDANO, 2015; MORAES *et al.*, 2015);
- Alterações no padrão de sangramento uterino/vaginal (BAHAMONDES *et al.*, 2011; GOMES *et al.*, 2011; CARDOSO *et al.*, 2019; MONTEIRO, 2015; MORAES *et al.*, 2015);
- Alterações no peso corporal (BAHAMONDES *et al.*, 2011; BRAGA; VIEIRA, 2015; MONTEIRO, 2015; PANISSET; GIORDANO; GIORDANO, 2015; MORAES *et al.*, 2015);
- Sensibilidade mamária (GOMES *et al.*, 2011; CARDOSO *et al.*, 2019; BRAGA; VIEIRA, 2015);
- Acne (BRAGA; VIEIRA, 2015; MONTEIRO, 2015; MORAES *et al.*, 2015);



- Náusea (GOMES *et al.*, 2011; CARDOSO *et al.*, 2019);
- Dor abdominal (PANISSET; GIORDANO; GIORDANO, 2015);
- Alterações emocionais (GOMES *et al.*, 2011; CARDOSO *et al.*, 2019; BRAGA; VIEIRA, 2015; PANISSET; GIORDANO; GIORDANO, 2015; MORAES *et al.*, 2015);
- Diminuição da libido (BRAGA; VIEIRA, 2015; PANISSET; GIORDANO; GIORDANO, 2015);

Ainda, outras possíveis complicações citadas foram:

- Trombose venosa profunda (CARDOSO *et al.*, 2019);
- Complicações do sistema vascular cerebral (LIMA *et al.*, 2017; CARDOSO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2016);
- Infarto do miocárdio (CARDOSO *et al.*, 2019);
- Efeito sobre a densidade óssea (CARDOSO *et al.*, 2019);
- Alterações na pressão arterial (RIBEIRO *et al.*, 2018; FERREIRA; D'ÁVILA; SAFATLE, 2019);
- Alteração nas vias metabólicas, de lipídeos e proteínas, na cascata de coagulação, na sensibilidade à insulina, nas propriedades vasoativas, no metabolismo do zinco (FERREIRA; D'ÁVILA; SAFATLE, 2019);
- Hirsutismo (MONTEIRO, 2015);
- Raros casos de alopecia (MONTEIRO, 2015);
- Demora do retorno da fertilidade (CARDOSO *et al.*, 2019);
- E quanto ao DIU não hormonal: aumento do fluxo de sangue (menorragia), exacerbação das cólicas (dismenorréia), consideradas as razões mais comuns para a sua remoção. Outras complicações do método incluem, além da possibilidade de perfuração uterina, decorrente da colocação inadequada, a expulsão e uma maior predisposição para infecções. Foi observado também que ocorre mudança da microbiota vaginal após a inserção do DIU, predispondo a infecções, sobretudo no primeiro ano de uso (HOLANDA *et al.*, 2013).

Nesse contexto, evidencia-se diversas alterações no organismo com o uso dos contraceptivos citados, efeitos adversos que não devem ser minimizados ou negados.

Um aspecto que chama a atenção é o fato de que, grande parte dos métodos contraceptivos são destinados ao público feminino. Conforme revelaram os estudos, a maior parte da contracepção acontece por meio da utilização de métodos femininos de regulação da fecundidade, como é o caso da pílula e dos contraceptivos hormonais injetáveis. Dessa forma, há uma tendência em atribuir a responsabilidade pela contracepção exclusivamente à mulher. O apelo no que se refere à grande eficácia teórica dos métodos femininos (sejam os hormonais, o DIU ou a esterilização) rapidamente contribui para a concepção de que a responsabilidade pelo controle da fecundidade é feminina (CABRAL, 2017).

A contracepção hormonal modifica todo o curso natural do ciclo de fertilidade feminino. Nes-



se sentido, é importante entender os mecanismos de ação destes contraceptivos, sendo que, o principal deles é impedir a ovulação. No entanto, outros efeitos também podem coexistir, como a mudança do muco cervical (que dificulta a ascensão dos espermatozóides), a diminuição dos movimentos das trompas e alterações no endométrio (com o objetivo de impedir a implantação do embrião, caso fecundado) (FINOTTI, 2015).

Entende-se que a mulher é cíclica e possui alterações específicas que são muito singulares, próprias de cada período dentro do ciclo. Os acontecimentos hormonais do ciclo menstrual causam mudanças tanto psicológicas e de humor como físicas que variam para cada mulher (BILLINGS; WESTMORE, 2020). Portanto, os contraceptivos hormonais afetam tanto os aspectos físicos como os emocionais.

Além disso, a partir das alterações geradas pelos hormônios, a mulher passa a ter um desconhecimento do seu ciclo natural, sendo que a contracepção hormonal impossibilita o entendimento sobre o seu próprio funcionamento. Assim, não há a oportunidade de reconhecimento dos sinais de fertilidade ou sua ausência, que são substituídos por um ciclo artificial.

Um estudo com mulheres revelou que, o autoconhecimento do corpo com a possibilidade de recusa dos hormônios contraceptivos, e a oportunidade da prática da percepção da fertilidade, estão associados ao empoderamento em saúde, sendo que, as participantes afirmaram que o maior controle e conhecimento sobre o corpo possibilita decisões mais autônomas e conscientes no que se refere à saúde (KLOPPEL; ROHDEN, 2021). Ressalta-se a importância de reconhecer o ciclo, para que seja possível exercer a autonomia sobre seu próprio corpo.

Nessa direção, uma pesquisa apontou o desconhecimento do corpo como uma forma de violência, sendo que, ao se falar de poder de escolha da mulher, no que se refere a qual método contraceptivo a mesma deseja utilizar, seja hormonal ou não, primeiramente é necessário aprender como o corpo funciona. (KLOPPEL; ROHDEN, 2021). Dessa forma, a naturalização do controle do corpo feminino, promove uma forma de violência social e/ou cultural.

Essa situação é relacionada, de acordo com a pesquisa de Kloppel e Rohden (2021), a dois fenômenos: primeiro, o poder médico, sendo que no Brasil, a maioria das mulheres referiu usar contraceptivo por indicação médica (FARIAS *et al.*, 2016); segundo, servir aos interesses das indústrias farmacêuticas, que acabam lucrando via os corpos das mulheres. Afirmar-se que há uma medicina hormonal que controla as mulheres de maneira subjetiva, onde a mesma determina a estas o que deve ser feito, portanto, não possibilita a autonomia das mesmas no que se refere às decisões sobre seus próprios corpos. Cita-se como sendo um problema estrutural, em que os efeitos nocivos dos contraceptivos acabam sendo inviabilizados ou minimizados devido a essas relações de poder (KLOPPEL; ROHDEN, 2021).

Assim, a fertilidade feminina, acaba sendo medicalizada, e recebendo inúmeras repercussões adversas que, sem dúvida, constituem risco considerável para a saúde. Especialmente, levando em



consideração o tempo de uso dos contraceptivos, que pode ser longo, pois os anos férteis ou reprodutivos das mulheres ocorrem aproximadamente, dos 15 aos 49 anos (FERNANDES *et al.*, 2016).

Medicalizando o ciclo feminino, o mesmo sofre alterações e consequências adversas. Esse fato faz lembrar o fenômeno da medicalização social, em que há uma ênfase na utilização de medicamentos visando padronizar e controlar pessoas bem como seus respectivos corpos mediante alguma situação social. Portanto, os saberes da medicina foram tidos como uma instituição de controle social, tornando-se um repositório de verdade, em que questões sociais passaram a ser cada vez mais medicalizadas, ou seja, tomadas sob o prisma da medicina científica como doenças a serem tratadas (CARVALHO *et al.*, 2015).

Nesse contexto, os efeitos secundários como os orgânicos, além das alterações emocionais significativas e diminuição da libido, dentre outros, gerados por contraceptivos, são atenuados ou desconsiderados. (KLOPPPEL; ROHDEN, 2021).

Sabe-se que a alteração das emoções pode ser significativa, sendo que, a emoção negativa intensa é dolorosa e pode ser disfuncional caso interfira na capacidade da pessoa de pensar com clareza, resolver problemas, agir com eficiência e obter satisfação, tudo isso podendo servir como obstáculo para alcançar seus objetivos (BECK, 2022). Portanto, a questão emocional influencia em todas as demais esferas da vida, sendo necessário, dispor de um olhar atento à esta dimensão.

Todos estes desdobramentos causados pelos contraceptivos, impactam diretamente na qualidade de vida e bem-estar das mulheres, pois interferem na vida e subjetividade das mesmas, afetando sua individualidade, seja no que se refere às questões emocionais, orgânicas, libido, questão social, e seus relacionamentos, sejam pessoais, profissionais, dentre outros, podendo gerar um sofrimento no âmbito biopsicossocial.

Enfim, dentro do PR no Brasil, os métodos contraceptivos que estão sendo proporcionados e consequentemente, mais utilizados pelas mulheres, constituem risco significativo à saúde física, emocional, e social, como analisado anteriormente. Tendo isso em vista, é imprescindível refletir acerca da assistência que está sendo ofertada em contracepção, avaliar o impacto gerado para a saúde, bem como problematizar as práticas sociais relacionadas, e que influenciam a subjetividade.

As ações em saúde devem ter como base a proposta da humanização, cumprindo o papel de preocupação autêntica com os usuários e sua participação dentro do processo de saúde, para que seja garantida a promoção em saúde biopsicossocial. Dentro da proposta de humanização, valoriza-se os diferentes sujeitos do processo de saúde, como usuários, trabalhadores e gestores. Um dos valores que norteiam tal política é a autonomia e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011). Portanto, é fundamental priorizar o protagonismo e a autonomia das mulheres, sendo indispensável para isso, preservar sua saúde biopsicossocial.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho abordou o tema da contracepção, que está dentro do âmbito do Planejamento Reprodutivo no Brasil. Nesse sentido, buscou conhecer os métodos contraceptivos mais utilizados entre as brasileiras, bem como investigar os efeitos adversos mais comuns. Além disso, procurou compreender e discutir a relação da contracepção com a saúde biopsicossocial da mulher.

Sabe-se que no Brasil, a chegada dos anticoncepcionais orais ocorreu em torno de 1962, por meio de um modelo de divulgação que envolvia a assistência privada, com as prescrições médicas, a comercialização nas farmácias e instituições filantrópicas relacionadas aos projetos de planejamento familiar (SILVA, 2017). O primeiro contraceptivo oral, o ENOVID, foi permitido no Brasil em 1962, dois anos depois de sua aprovação nos Estados Unidos (BHERING, 2014). A partir de então, diversos são os métodos contraceptivos oferecidos e utilizados pelas mulheres no Brasil. Nesse contexto, a pílula acabou ocupando um lugar de destaque.

Foi possível perceber que, dentre os métodos contraceptivos, os mais utilizados pelas mulheres tem sido os hormonais, como é o caso da pílula e dos injetáveis. Nesse sentido, constatou-se inúmeros efeitos adversos que têm potencializado os riscos para a saúde das mulheres. Estes riscos não se limitam ao âmbito físico, se estendendo às dimensões emocional e social.

Portanto, tendo em vista os resultados, é de extrema importância que os serviços de saúde envolvidos com o planejamento reprodutivo avalie continuamente as práticas e métodos oferecidos, refletindo de que forma as mesmas estão impactando na saúde e na qualidade de vida das usuárias do sistema de saúde.

É inegociável que o SUS deve preservar a autonomia das mulheres, garantindo a promoção da saúde biopsicossocial, isto é, de forma integral. Isso significa prezar pela assistência humanizada das usuárias, atendendo efetivamente a demanda sem colocar em risco a integridade da saúde e qualidade de vida.

Ressalta-se que esse estudo é um ponto de partida para reflexões na área e acerca deste tema, considerando-se imprescindível que mais estudos sejam realizados no que se refere ao âmbito da contracepção e seus desdobramentos para a saúde biopsicossocial.



REFERÊNCIAS

- AMORIM, F. A; BONIFÁCIO, G. M. O. Tendências e diferenciais na prevalência dos métodos contraceptivos: uma análise a partir das DH's realizadas no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17, 2016, Belo Horizonte. *Anais [...]*. Belo Horizonte: ABEP, 2016. p. 1-20. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2324/2278>. Acesso em: 3 abr. 2021.
- BAHAMONDES, L. *et al.* Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Campinas, v. 33, n. 4, p. 303-309, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/rbgo/a/PPKXfndQg9hCfSX5T953MqK/?lang=pt#:~:text=Dentre%20as%20que%20descontinuaram%20o,irregular%20\(23%2C6%25\)](https://www.scielo.br/j/rbgo/a/PPKXfndQg9hCfSX5T953MqK/?lang=pt#:~:text=Dentre%20as%20que%20descontinuaram%20o,irregular%20(23%2C6%25)). Acesso em: 3 abr. 2021.
- BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BHERING, Marcos Jungmann. *Controle de natalidade no Brasil: um estudo sobre o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (1975-1994)*. 2014. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16225>. Acesso em 10 fev. 2021.
- BILLINGS, E; WESTMORE, A. *O Método Billings: controle da fertilidade sem drogas e sem dispositivos artificiais*. 18. ed. São Paulo: Paulus, 2020.
- BRAGA, G. C; VIEIRA, C. S. Anticoncepcionais reversíveis de longa duração: implante liberador de etonogestrel (Implanon). *Femina*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 7-14, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754428>. Acesso em: 3 abr. 2021.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 abr. 2021.
- BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, 12 jan. 1996. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1585CB40CB70F16A655332E4B7D84995.proposicoesWeb1?codteor=490199&filename=LegislacaoCitada+-PL+1686/2007. Acesso em: 3 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em planejamento familiar: manual técnico*. 4. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Disponível em: bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 3 abr. 2021.



BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf. Acesso em: 3 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 3 abr. 2021.

BRITO, M. B; NOBRE, F; VIEIRA, C. S. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 96, n. 4, p. 81-89, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/sNXqJVmRWLyWd-QrRV78GjXC/?lang=en>. Acesso em: 3 abr. 2021.

CABRAL, C. S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1093-1104, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017000001>. Disponível em: scielo.br/j/sausoc/a/kQkFx5cx9ZFhgGSdfbYWxKG/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 3 abr. 2021.

CARDOSO, L. C. S. *et al.* A utilização de contraceptivos hormonais por adolescentes e potenciais riscos para a saúde. *Clinical & Biomedical Research*, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 75-84, 2019. Doi: <https://doi.org/10.4322/2357-9730.85153>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/85153/pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

CARVALHO, S. R. *et al.* Medicalização: uma crítica (im) pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>. Disponível em: scielo.br/j/physis/a/mW8FpY6CwpWrPGVLPbCxB-Qq/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 3 abr. 2021.

COSTA, G. P. O. *et al.* Impacto dos contraceptivos hormonais na densidade óssea: evidências atuais para contracepção na adolescência. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, p. 373-378, 2011. Disponível em: files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n7/a2694.pdf. Acesso em: 3 abr. 2021.

FARIAS, M. R. *et al.* Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, p. 1-10, 2016. Supl. 2 Doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006176. Disponível em: <https://scielo.br/j/rsp/a/5cpbxfgGbPCTSHX4dXXyXGK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2021.

FERNANDES, I. A. C. *et al.* Saúde reprodutiva da mulher: fatores determinantes na escolha dos métodos contraceptivos. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, Montes Claros, v. 5, n. 2, p. 88-107, 2016. Disponível em: periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/download/2429/2483/9064. Acesso em: 3 abr. 2021.

FERREIRA, L. F; D'ÁVILA, A. M. F. C; SAFATLE, G. C. B. O uso da pílula anticoncepcional e



as alterações das principais vias metabólicas. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 7, p. 426-32, 2019. Disponível em: docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046533/femina-2019-477-426-432.pdf. Acesso em: 3 abr. 2021.

FINOTTI, M. *Manual de anticoncepção*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015. Disponível em: central3.to.gov.br/arquivo/494569/. Acesso em: 3 abr. 2021.

FIUZA, E. S. E. *et al.* Planejamento familiar: avaliação da qualidade nas dimensões da estrutura, organização e assistência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 3227-3238, 2015. Doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3227-3238. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750948008>. Acesso em: 3 abr. 2021.

GOMES, P. D. *et al.* Contracepção hormonal: uma comparação entre pacientes das redes pública e privada de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2453-2460, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YBKMJKhDMXbwYdvQTVSwVzF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2021.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, n. 28, p. 1-12, 2019. Doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000861>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CYT57svKjbvz9S4Hxhw9YwD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2021.

HOLANDA, A. A. R. *et al.* Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 141-146, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a3812.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

KLOPPPEL, B; ROHDEN, F. Práticas de percepção da fertilidade entre mulheres jovens. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 29, n. 1, p. 1806-9584, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n161724>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/TX7R37m4Wnz3qVJ54cmLLBq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2021.

LEAL, T; BAKKER, B. A mulher bioquímica: invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1-15, 2017. Doi: 10.29397/reciis.v11i3.1303. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a3812.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

LIMA, A. C. S. *et al.* Influência de anticoncepcionais hormonais e ocorrência de acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 70, n. 3, p. 647-655, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0056>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/stgG6mmLJjcWf4NMmrmvk7q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2021.

MORAES, M. S. T. *et al.* O. Efeitos adversos em usuárias de implante contraceptivo. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 3-6, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n1/a4841.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.



MONTEIRO, I. M. U. Contracepção de longo prazo: dispositivo intrauterino (Mirena). *Femina*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 21-26, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754430>. Acesso em: 3 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas. Johns Hopkins Escola Bloomberg de Saúde Pública. *Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde*. Genebra: OMS, 2007. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=C116C-94760F7EA8EE017E2507D1C8CFB?sequence=6. Acesso em: 3 abr. 2021.

PANISSET, K; GIORDANO, M. V; GIORDANO, L. A. Contracepção injetável trimestral. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 27-30, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4852.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

PEREIRA, T. T. S. O; BARROS, M. N. S; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Menta (Barbacena)*, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

PETTO, J; PEREIRA, L. S; SANTOS, A. C. N. D; GIESTA, B. D. A; MELO, T. A. D; LADEIA, A. M. T; Inflamação subclínica em mulheres que utilizam contraceptivo oral. *Revista Brasileira de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 65-71, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/184/1/2013%2C%20Inflamacao%20Subclinica%20em%20Mulheres%20que%20Utilizam%20Contraceptivos.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

PRADO, D. S; SANTOS, D. L. Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 143-149, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/So100-720320140005086> . <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/XvzNMvpL-vW9WVm6KZRSQS4F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2021.

RIBEIRO, C. C. M. *et al.* Efeitos dos diferentes anticoncepcionais hormonais nos valores de pressão arterial da mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, p. 1537-1543, 2018. Supl. 3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0317>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CbXqh5jmbGyTNWczgjJkJjy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

SANTOS, A. C. N. *et al.* Proteína C reativa em usuárias de contraceptivo oral: fatores relacionados e risco cardiovascular. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 320-325, 2016.

SENA, K. N. C. M. *Dinâmica de atendimento em planejamento familiar: revisão de literatura*. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-9CLGAT>. Acesso em 2 mar. 2021.



SILVA, C. V. *Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, na década de 1960*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25248>. Acesso em 3 abr. 2021.

SILVA, R. M. *et al.* Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dckRYn7SHsC53qF-6qMxQp8s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2021.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Doi: 10.1590/s1679-45082010rw1134 Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf?x53805. Acesso em: 3 abr. 2021.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 28 de fevereiro de 2022.

Aceito em 23 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SOUZA, Débora Cândido; COSTA, Jaqueline Batista de Oliveira. Planejamento reprodutivo no Brasil: contracepção e a saúde biopsicossocial da mulher. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 69-87, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-7>
<https://revista.ghc.com.br/>

Avaliação psicológica em crise de saúde mental: prática realizada em um programa de residência

Psychological assessment in mental health crises: a practice carried out in a residency program

Viviane Franceschini Longhi ¹
Maurício João Costacurta ²
Denilsen Carvalho Gomes ³

¹ Especialista em Urgência e Emergência pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais em parceria com as Faculdades Pequeno Príncipe. Psicóloga no Hospital Marcelino Champagnat. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1309-3392>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3354514628363045>
E-mail: vivianefranceschini@gmail.com

² Especialista em Psicologia Clínica. Tutor da Residência Multiprofissional em Urgência da Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2358-3213>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7703988504605992>
E-mail: mauriciojcostacurta@gmail.com

³ Doutora em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Urgência da Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9555-2948>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8700249861870028>
E-mail: deni.gomes@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a avaliação psicológica realizada com usuários em crise de saúde mental em uma Unidade de Pronto-Atendimento 24h (UPA 24h). Método: Trata-se de um relato de experiência acerca da avaliação psicológica realizada em uma UPA 24h, de um município do Sul do Brasil, a partir das experiências vivenciadas em um Programa de Residência Multiprofissional em Urgência. Resultados: Foram destacados os seguintes componentes da avaliação: entrevista semiestruturada, exame do estado mental, coleta de informações com rede de apoio, diagnóstico situacional e classificação de risco. Considerações finais: Concluiu-se que, a avaliação psicológica em crise de saúde mental no contexto de um serviço de urgência e emergência pode ocorrer de forma terapêutica e ética, respeitando os princípios e diretrizes do SUS e da humanização, colaborando para a estabilização da crise e posterior encaminhamento do usuário aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: psicologia; saúde mental; emergências.

ABSTRACT

Purpose: To describe the psychological assessment performed with users in mental health crises at a 24-hour emergency care unit. Method: This is an experience report regarding the psychological assessment performed at a 24-hour emergency care unit of a municipality in southern Brazil from the experiences had in a Multiprofessional Emergency Residency Program. Results: The following components of the assessment were highlighted: semistructured interview, mental state examination, collection of information with the support network, situational diagnosis, and risk classification. Final considerations: It was concluded that the psychological assessment during mental health crises in the context of an urgency and emergency service may occur therapeutically and ethically, respecting the principles and guidelines of the Unified Health System and humanization, collaborating to the stabilization of the crisis and later referral of the user to the Psychosocial Care Network services.

Keywords: psychology; mental health; emergencies.



INTRODUÇÃO

A avaliação psicológica é definida pelo Conselho Federal de Psicologia como um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, contendo métodos, técnicas e instrumentos, que fornecem informações à tomada de decisão no domínio individual, grupal ou institucional, baseada em demandas, condições e finalidades específicas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). É prevista como função privativa do psicólogo (BRASIL, 1962) e deve ser norteada pelos princípios do Código de Ética Profissional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Na área de saúde, a psicologia tem como base a concepção ampliada de saúde, que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004; STRAUB, 2005). Na avaliação psicológica em estabelecimentos de saúde, o objetivo é fornecer uma compreensão dos aspectos da vida da pessoa e de sua relação com o adoecimento. É uma ferramenta adequada para definição ou formulação de hipóteses diagnósticas e indicação de tratamentos adequados (CAPITÃO; SCORTEGANA; BAPTISTA, 2005; STRAUB, 2005).

Neste cenário, um dos desafios é a superação do modelo biomédico e a construção da compreensão da multideterminação da saúde, que considera a relação entre as condições individuais, psicológicas, sociais, econômicas e a rede de suporte social com o ambiente em que o sujeito vive, para identificação de fatores presentes no processo saúde-doença (CAPITÃO; SCORTEGANA; BAPTISTA, 2005; STRAUB, 2005).

Entre os serviços de saúde em que a avaliação psicológica pode ser realizada, encontra-se a Unidade de Pronto-Atendimento 24h (UPA 24h), equipamento de atenção às urgências pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a).

A UPA 24h é um estabelecimento intermediário entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a rede hospitalar que objetiva prestar atendimento imediato, resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, buscando estabilizá-los e realizando investigação diagnóstica inicial (BRASIL, 2011a). É componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010), da Rede de Atenção às Urgências (RAU) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b).

A RAU prevê a garantia de universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e provenientes de causas externas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a). Sendo assim, os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b).

Dessa forma, considerando o acesso universal, integral e equânime à saúde (BRASIL, 1990), a proteção dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001), compreende-se que a crise em saúde mental é demanda para



atendimento nos serviços de urgência e emergência do SUS.

A crise em saúde mental pode ser caracterizada por uma situação complexa de desencadeamento psíquico no que diz respeito aos afetos, pensamentos e comportamentos vivenciados pelo sujeito de forma interruptiva, que o retira de seu estado habitual e realiza uma quebra na continuidade da vida. É permeada por grave sofrimento, sendo geradora de incômodo e angústia, onde o sujeito pode apresentar ações incompreendidas por ele próprio e pelas pessoas que o cercam (ALMEIDA *et al.*, 2014; COSTA, 2007; MARTINS, 2017).

Na crise, os indivíduos estão sujeitos a complicações em razão do seu estado emocional e psíquico, podendo levar a ações suicidas, de automutilação, risco à vida e a integridade física de si e/ou de terceiros (OLIVEIRA, 2002).

Nesse contexto, a avaliação psicológica é o processo utilizado para identificação da queixa do usuário, compreensão dos fatores manifestos, singulares e biopsicossociais da crise em saúde mental, com o objetivo de formular o diagnóstico situacional e a classificação de risco pelos profissionais de psicologia. Isso colabora para a definição de estratégias de cuidado que auxiliem na estabilização da crise e posterior encaminhamento para tratamento em serviços da RAPS.

Este trabalho objetiva descrever a avaliação psicológica realizada com usuários em crise de saúde mental em uma unidade de pronto-atendimento 24h, a partir da experiência vivenciada em um Programa de Residência Multiprofissional em Urgência.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência acerca da avaliação psicológica realizada em uma UPA 24h, de um município do Sul do Brasil, a partir das experiências vivenciadas em um Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Secretaria Municipal de Saúde do município em questão.

A Residência Multiprofissional é uma modalidade de especialização *lato sensu*, que preconiza o ensino em serviço. É orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, considerando as necessidades e realidades locais e regionais (BRASIL, 2005). A UPA 24h é um dos campos de prática do programa de residência, que é composto pelas áreas de Enfermagem, Serviço Social e Psicologia. O período de inserção dos residentes de psicologia nesse serviço corresponde a quatro dias da semana, das 07h00 às 13h00, durante aproximadamente dois anos.

Com base em Leppaus *et al.*, 2018; American Psychiatric Association, 2014; Botega, 2012, 2015; Mantovani *et al.*, 2010 e Dalgalarondo, 2008 este relato de experiência descreve o processo de avaliação psicológica. Para tal, foca nos seguintes componentes da avaliação: entrevista semiestruturada, exame do estado mental, coleta de informações com rede de apoio, diagnóstico situacional e classificação de risco. Essa escolha se justifica porque os três primeiros compreendem as principais fontes de informação para o processo de avaliação psicológica a partir da coleta de dados com o usuário e a rede de apoio. O diagnóstico situacional compreende uma interpretação das



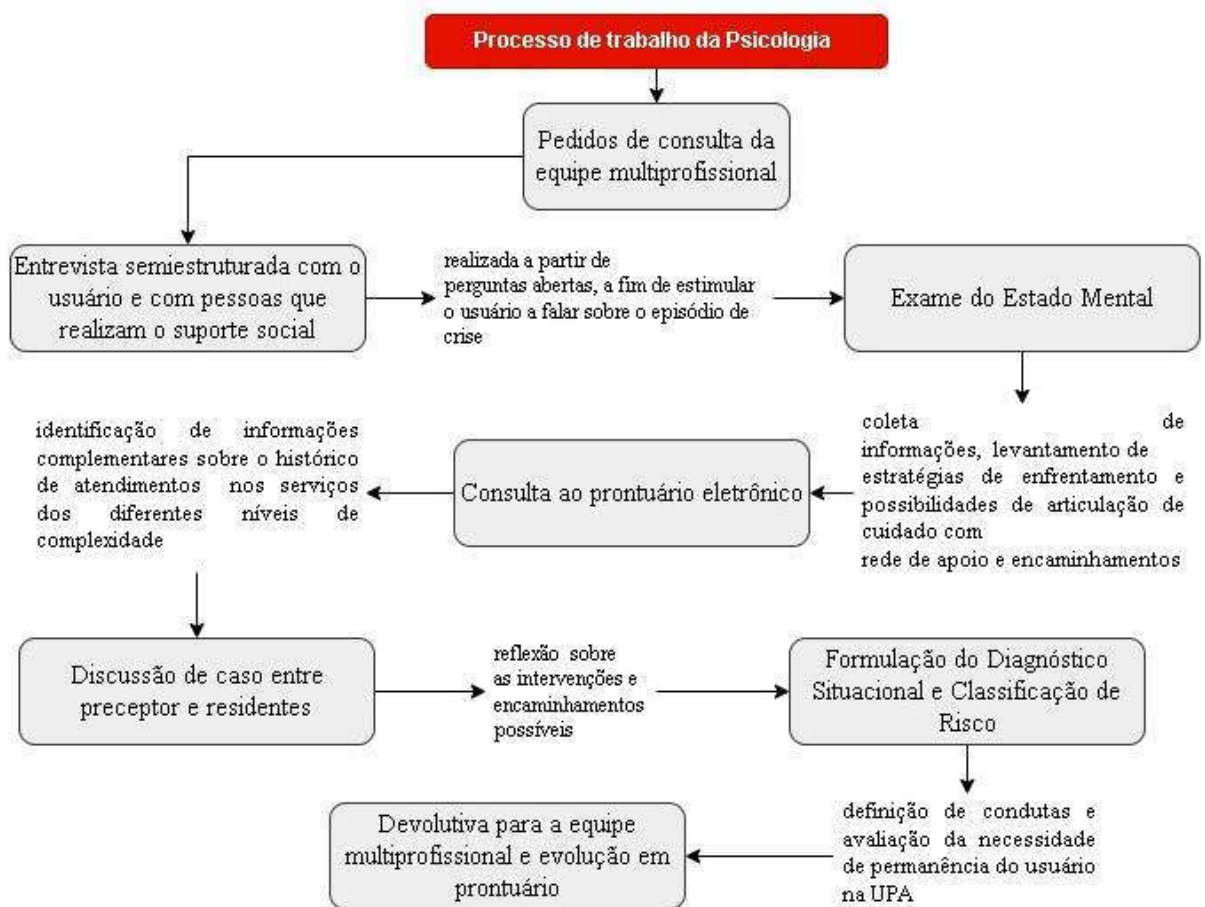
informações coletadas para a compreensão da crise; enquanto a classificação de risco faz parte do desenvolvimento de hipóteses e indicação dos resultados do processo de avaliação, como objetivo de compreender o nível de gravidade do episódio de urgência e auxiliar na determinação de condutas terapêuticas.

Como se trata de um relato de experiência não houve necessidade de apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa conforme disposto na Resolução CNS/CONEP número 510/16.

RESULTADOS

O processo de trabalho da psicologia na UPA 24h está representado na Figura 1.

Figura 1 – Processo de trabalho da Psicologia na UPA 24h.



Fonte: os autores, 2022.

Entrevista semiestruturada

No primeiro contato com o usuário e acompanhante, o residente se apresenta e explica sobre a necessidade de avaliação psicológica. Geralmente nesse momento, o usuário encontra-se no leito com ou sem alterações de psicomotricidade (lentificação ou agitação psicomotora), ou contido



mecanicamente no leito.

Quando se encontra no leito sem contenção mecânica, é reservado um tempo para que o usuário realize cuidados de higiene pessoal ou troca de roupas, conforme necessidade. Se o usuário apresenta sinais preditores de agitação psicomotora e heteroagressividade ou está contido mecanicamente a avaliação ocorre na beira do leito, de forma individual ou na presença do acompanhante. Quando não apresenta alterações nesse sentido, a entrevista ocorre em consultório, e após sua finalização, o usuário decide por participar ou não da coleta de informações com a rede de apoio. Cabe mencionar que se o usuário está contido mecanicamente, a reavaliação da necessidade de contenção ocorre em conjunto com equipe multiprofissional, usuário e acompanhante.

As questões da entrevista são direcionadas e aprofundadas a partir do próprio discurso do usuário, não ocorrendo de forma protocolar e linear, considerando a imprevisibilidade de manifestações da crise, com condução dinâmica e adaptável. É necessário estimular o usuário a falar sobre o estranhamento, desconforto ou sofrimento causado pela crise e entender seus disparadores ou potencializadores, como estímulo à produção de sentido/significado sobre essas manifestações, o que representam para quem a vivencia e o que buscam comunicar.

Se as informações necessárias para a avaliação não surgem a partir de discurso espontâneo, é necessário coletá-las de forma ativa e diretiva. Na maioria dos casos a avaliação ocorre apenas em um encontro, o que implica no levantamento completo de informações em tempo limitado, a fim de realizar intervenções rápidas e efetivas, considerando a necessidade de atendimento imediato e o nível de agudização das manifestações na urgência em saúde mental.

As principais queixas encaminhadas para avaliação são: (i) comportamento suicida (ideação e tentativa) e (ii) manifestações de agitação psicomotora, auto e heteroagressividade. Há informações específicas a serem aprofundadas conforme as manifestações de crise apresentadas:

- i) Comportamento suicida: tipo de ideação (ativa ou passiva); planejamento (formas, letalidade, acesso ao meio); intenção (rígida ou ambivalente); histórico de tentativas; disparadores de angústia; fatores de risco e protetivos; presença de alterações da sensopercepção e pensamento; frequência e intensidade de sintomas; suporte social; histórico de tratamento e adesão (DALGALARRONDO, 2008; BOTECA, 2015).
- ii) Manifestações de agitação psicomotora, auto e heteroagressividade (MANTOVANI *et al.*, 2010): sinais preditores (atitude hostil, heteroagressividade verbal, inquietação psicomotora) e seu início; alterações da sensopercepção; ideação suicida ou homicida; intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas; condições orgânicas; alterações de sono; capacidade de crítica e julgamento da realidade; suporte social; histórico de tratamento e adesão (DALGALARRONDO, 2008).

De forma abrangente, o comportamento suicida e as manifestações de agitação psicomotora podem estar associados a fatores como: (i) intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas;



(ii) alterações do pensamento e sensopercepção; (iii) alterações de humor; e (iv) alterações psíquicas relacionadas às condições orgânicas, os quais demandam a coleta de informações específicas:

- i) Intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas (BOTEGA, 2012): substâncias psicoativas em uso; histórico (período de início, frequência e quantidade); presença de sofrimento psíquico e alterações de funções psíquicas; estratégias de enfrentamento; períodos de abstinência; sintomas (físicos e psíquicos) relacionados à crise; suporte social; histórico de tratamento e adesão (DALGALARRONDO, 2008).
- ii) Alterações de pensamento e sensopercepção: histórico de sintomas; presença de alucinação; delírio; alterações psicomotoras; sintomas da crise atual; possibilidades de manejo; fatores precipitantes; histórico de tratamento e adesão; suporte social; juízo crítico da realidade (DALGALARRONDO, 2008; BOTEGA, 2012).
- iii) Alterações de humor: deprimido ou hipotímico – tristeza intensa e persistente; eufórico ou hipertímico – humor persistentemente elevado, ansioso ou irritável; início e frequência dos sintomas; sintomas da crise atual; histórico de tratamento e adesão; fatores precipitantes; suporte social; juízo crítico da realidade (DALGALARRONDO, 2008).
- iv) Alterações psíquicas relacionadas a condições orgânicas: o psicólogo colabora na formulação de diagnóstico diferencial, por meio da coleta de informações como: histórico de doenças crônicas; sintomas agudos; histórico de sintomas de sofrimento psíquico e tratamento em saúde mental; alterações do pensamento e sensopercepção; déficit cognitivo; prejuízo no juízo crítico da realidade e suporte social (DALGALARRONDO, 2008; BOTEGA, 2012).

Há uma variedade importante de informações a serem levantadas e aprofundadas na avaliação, devido à multiplicidade de manifestações e fatores relacionados à crise em saúde mental. Em diversos casos, aspectos das diferentes queixas estão associados e articulados, formando combinações entre duas ou mais queixas, por isso a coleta de informações precisa ser o mais completa possível.

Exame do estado mental

O exame do estado mental considera a percepção do profissional acerca das funções psíquicas e suas alterações, e utiliza perguntas dirigidas quando não surgem de forma espontânea. É formulado no processo de reflexão nos momentos posteriores a entrevista, durante a discussão de caso entre residente e preceptor.

A avaliação dessas funções possui caráter momentâneo, pois pode se modificar durante o período de observação no serviço. Estas informações influenciam diretamente na formulação de classificação de risco do caso.

Os aspectos de apresentação e funções psíquicas são avaliados, considerando a presença ou



não de alterações: estado de consciência; atitude diante do entrevistador; discurso; apresentação: higiene e vestes; vigilância; tenacidade; memória; orientação: auto e alopsíquica; pensamento: curso, forma e conteúdo; sensopercepção; humor; afeto; pragmatismo; psicomotricidade; capacidade de crítica e julgamento da realidade (DALGALARRONDO, 2008; BOTEGA, 2012).

Coleta de informações com rede de apoio

A coleta de informações com rede de apoio é parte importante do processo avaliativo e ocorre por meio de entrevista semiestruturada. Na UPA 24h em questão, os usuários em crise de saúde mental podem ter acompanhantes em tempo integral, independentemente da idade.

Quando possível, ocorre em um primeiro momento com o acompanhante. Se essa pessoa não possui proximidade, ou o usuário está desacompanhado, é solicitada a presença de uma pessoa que possua laços afetivos ou de convivência. Tem por objetivo levantar informações sobre sua percepção em relação à crise do usuário, histórico e tratamento e a disponibilidade para o cuidado no momento de crise e pós-alta.

Essas informações são somadas às coletadas com o usuário e auxiliam na definição do diagnóstico situacional, da classificação de risco e de intervenções necessárias, como: reuniões familiares para mediações de conflito e explicação sobre a condição de saúde mental do usuário; orientações sobre cuidado e vigilância domiciliar a fim de prevenir novas crises; e fortalecimento do suporte social para o cuidado compartilhado.

Diagnóstico situacional e classificação de risco

Todo o processo avaliativo resulta no diagnóstico situacional e na classificação de risco. O diagnóstico situacional se refere à compreensão da crise em saúde mental de forma ampliada e embasa a discussão sobre a formulação da classificação de risco. Os critérios utilizados são: i) gravidade da crise atual, presença de risco à vida e integridade física de si e a terceiros; ii) histórico de crises; iii) histórico, adesão e desejo por tratamento em saúde mental; iv) estratégias de enfrentamento; v) capacidade de crítica sobre a própria crise; vi) avaliação de suporte social para realização de cuidados domiciliares; vii) fatores protetivos e agravantes.

A classificação de risco é a compreensão da gravidade atual para determinar a conduta referente a cada caso. Essa classificação também embasa a discussão sobre necessidade de reavaliação e permanência do usuário no serviço, assim como a formulação de condutas que colaborem para estabilização da crise atual em conjunto com a equipe assistencial, e também orienta a decisão dos encaminhamentos posteriores, considerando o nível de complexidade.

As possíveis classificações são: emergência; muito urgente; urgente e pouco urgente. Considera-se como principal critério a presença de manifestações que possam ocasionar risco iminente à vida e à integridade do usuário e de terceiros. Os fatores protetivos ou agravantes compreendem aspectos que influenciam na gravidade de casos em saúde mental, a partir da percepção crítica que o usuário



apresenta sobre os sintomas e responsividade ao manejo verbal, histórico de adesão ao tratamento e características do suporte social para a realização de cuidado compartilhado.

No Quadro 1 são apresentados a classificação e conduta, os critérios de avaliação e os fatores agravantes e protetivos (LEPPAUS *et al.*, 2018; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BOTEAGA, 2012, 2015; MANTOVANI *et al.*, 2010; DALGALARRONDO, 2008) da classificação de risco realizada na Unidade de Pronto Atendimento, pela Psicologia.

Quadro 1 – Classificação de risco realizada pelo serviço de Psicologia em UPA – Classificação e conduta, critérios de avaliação e fatores agravantes ou protetivos, 2022.

Classificação / Conduta	Critérios de avaliação	Fatores agravantes ou protetivos
Emergência / Atendimento imediato e permanência na unidade	Agitação psicomotora; comportamento deliberado de autoagressão ou heteroagressividade física e contra objetos; alteração do pensamento; alteração da sensopercepção; alterações de humor; intoxicação aguda ou abstinência de substâncias psicoativas ou medicações; catatonia; desorientação auto e/ou alopsíquica; confusão mental; prejuízo na memória e capacidade de crítica e julgamento da realidade. Tentativa de suicídio.	Nenhuma responsividade ao manejo verbal; Histórico de baixa adesão ao tratamento; Suporte social fragilizado ou inexistente.
Muito urgente / Atendimento rápido e permanência na unidade	Inquietação psicomotora ou lentificação psicomotora; taquialia; solilóquios; heteroagressividade verbal; ideação suicida, com planejamento e intenção; risco iminente de autoagressão.	Baixa responsividade ao manejo verbal; Histórico de baixa adesão ao tratamento; Suporte social fragilizado.
Urgente / Atendimento no mesmo dia, avaliar necessidade de observação	Ideação suicida ativa, sem planejamento e intenção ambivalente; uso abusivo de substâncias psicoativas ou medicações; sem alterações do pensamento e/ou sensopercepção; alterações de humor; prejuízo na memória; desorientação alopsíquica; orientação autopsíquica presente; capacidade de crítica presente.	Boa responsividade ao manejo verbal; Histórico de adesão ao tratamento e/ou desejo por tratamento; Suporte social presente.



Pouco urgente / Atendimento no dia e possível alta	Ideias de morte; sem alteração significativa de funções psíquicas; insônia; episódios de uso abusivo de substâncias psicoativas ou medicação; orientação auto e alopática preservadas; capacidade de crítica presente.	Controle espontâneo de sintomas; Histórico de adesão ao tratamento e/ou desejo por tratamento; Suporte social presente.
--	--	---

Fonte: Adaptado de Leppaus *et al.*, 2018; American Psychiatric Association, 2014; Botega, 2012, 2015; Mantovani *et al.*, 2010; Dalgallarrondo, 2008.

Quando o usuário é vinculado a algum serviço de referência é realizada comunicação com o serviço para articular o melhor encaminhamento. Quando é definida, pelo médico assistente em conjunto com a equipe, a permanência do usuário em observação, é realizada a reavaliação psicológica no dia seguinte, na qual são direcionados questionamentos ao usuário sobre a evolução do seu quadro durante esse período. Após alta médica, ocorrem orientações ao usuário e rede de suporte social sobre encaminhamentos para serviços da RAPS, com o intuito de propiciar o início da vinculação do usuário aos serviços para tratamento em saúde mental e dos cuidados domiciliares a fim de prevenir novos episódios de crise.

Esgotadas as possibilidades de encaminhamento em serviços de base comunitária, constatada a baixa adesão ao tratamento ambulatorial, gravidade do caso e fragilidade/ausência de suporte social, como último recurso, torna-se necessária a inclusão, pela equipe médica, do usuário na Central de Leitos Psiquiátricos da Secretaria Estadual de Saúde para internamento em Hospital Especializado em Saúde Mental.

DISCUSSÃO

No contexto das unidades de urgências e emergência, a entrevista se dá muitas vezes em um encontro e ocorre de forma pontual. Nesses ambientes, os atendimentos são breves e focais e o psicólogo tem acesso ao usuário durante a situação de crise, porém, a emergência estende-se aos períodos que precedem a crise e lhe são consecutivos (MOURA, 1996; STERIAN, 2001).

Essas questões implicam na necessidade da identificação do máximo de informações, no menor tempo possível, com a finalidade de levantar hipóteses sobre as vivências do usuário, que norteiem um diagnóstico e uma proposta terapêutica (ROSSI, 2008; STERIAN, 2001). Isso requer do profissional o uso imediato de suas habilidades, com uma postura acolhedora e diretiva (ROSSI, 2008).

A prática realizada durante a avaliação psicológica em crise de saúde mental na UPA 24h considera as especificidades da entrevista semiestruturada e o contexto de urgência e emergência. É



embasada pelo paradigma psicossocial e seus pressupostos, compreendendo a necessidade de uma abordagem que contemple as articulações entre o que está na ordem do social e o que faz parte do psíquico, considerando a multidimensionalidade da clínica, que envolve aspectos de interação entre o biológico, o psicológico, o meio ambiente natural e o social, enfatizando a interdependência dos fenômenos biopsicossociais que marcam a história de vida do usuário (ALVES; FRANCISCO, 2009).

Durante a entrevista são realizados questionamentos em função das respostas do usuário, abrindo possibilidade para novas perguntas, que contribuam para compreensão da questão principal (TRIVIÑOS, 1987; HUTZ, 2015). A fala e a escuta possibilitam ao usuário a percepção e organização do sofrimento conforme sua história de vida, o que contém uma potência de produção de sentidos sobre o episódio e alívio de angústia. Essas questões vão além de um diagnóstico, resultam em intervenções terapêuticas que possibilitam reflexão, elaboração e possibilidade de mudança.

É necessário considerar que apesar do sofrimento inegável que a crise causa, ela possui uma dimensão de transformação e novas possibilidades de ser e estar no mundo, colocando o sujeito em um lugar de questionamento (ALMEIDA *et al.*, 2014; BOFF, 2002; BICHUETTI, 2000).

O exame do estado mental realizado na UPA 24h é embasado por definições encontradas na literatura (ZUARDI; LOUREIRO, 1996; DALGALARRONDO, 2008; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), aliadas à experiência prática dos profissionais de psicologia, o que ancora o aprendizado em serviço num Programa de Residência Multiprofissional.

Durante as ações em saúde, minimamente, três dimensões devem ser avaliadas: i) clínica – quadro sintomatológico e comorbidades; ii) de laço social – rede de suporte, família, trabalho, renda, cultura; iii) singularidade – subjetividade e questões psíquicas do sofrimento (CAMPOS, 2007). Isso colabora para a contextualização da crise com a singularidade do sujeito, considerando que o episódio de urgência é um recorte em sua vida, que necessita ser articulado de forma integral, e não apenas uma manifestação sintomática que deve ser suprimida no serviço.

A necessidade de escutar o relato das pessoas que realizam o suporte social sobre a crise, também se dá pela percepção de que, em diversas situações, são estes que ao perceberem modificações (sinais de sofrimento) que interferem no comportamento do sujeito e afetam a rotina, decidem sobre a necessidade de atendimento imediato e acionam os serviços de urgência (BONFADA; GUIMARÃES, 2012; MARTINS, 2017). A crise é compreendida como a vivência de um momento complexo na vida de uma pessoa ou grupo, que pode causar repercussões nas relações e laços afetivos para os envolvidos (BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

A partir da articulação desses dados, são formuladas orientações de cuidado domiciliar a partir da realidade do suporte social e das possibilidades de cada caso. É ressaltada também a importância da continuidade do tratamento em serviços componentes da RAPS.

A cronificação e intensificação do sofrimento psíquico podem fragilizar o suporte social, devido à dificuldade de compreensão e adoecimento da rede de apoio. Nesses casos, orienta-se



sobre as possibilidades de organização/revezamento de cuidadores e sobre serviços de tratamento em saúde mental para os responsáveis pelo cuidado. Essas ações possuem como objetivo incluir e envolver a rede de apoio para participar da compreensão e do processo de tratamento do usuário, para a efetivação de uma atenção que procure manter os laços sociais, ambientais e afetivos, de forma a conectar o sujeito em crise ao seu sistema de relações (ALVES; FRANCISCO, 2009; BONFADA; GUIMARÃES, 2012).

O diagnóstico situacional se refere à compreensão da situação de forma ampliada (SIMONETTI, 2013), é importante para o entendimento da gravidade da crise e fornecerá base para a classificação de risco. Na urgência, a classificação de risco se baseia na gravidade e no grau de sofrimento do usuário. É uma das formas de sistematizar a avaliação, permitindo que o critério da priorização do atendimento seja a complexidade do agravo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004; BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Na avaliação de casos em saúde mental, além do quadro clínico apresentado, é necessário considerar aspectos como o contexto e vulnerabilidade social na determinação do risco/gravidade (LEPPAUS *et al.*, 2018). A formulação de risco diz respeito a um conjunto de informações relevantes e articuladas que permitem priorizar ações dirigidas ao tratamento, por meio da correlação de fatores de risco e proteção, que são dinâmicos e mutáveis, sendo considerada uma configuração específica para cada caso (BOTEGA, 2015).

Leppaus e colaboradores (2018) apontam que a classificação de risco em saúde mental se coloca como uma ferramenta de apoio à decisão clínica na regulação de acesso aos pontos da RAPS para casos agudos, auxiliando no estabelecimento de prioridades para atendimento dos usuários com necessidades em saúde mental e definindo os recursos assistenciais necessário. Assim, qualificando os encaminhamentos dos usuários para um tratamento adequado ao seu nível de complexidade.

Os encaminhamentos devem ser realizados a partir dos serviços disponíveis no território. Para tanto, é necessário o conhecimento sobre a rede de atenção existente, seja em âmbito local, municipal, regional ou estadual, a fim de otimizar e garantir a melhor orientação a cada caso (LEPPAUS *et al.*, 2018).

O conhecimento sobre os serviços componentes da RAPS, no território do município em que ocorreu esta experiência, foi proporcionado pela Residência Multiprofissional, que conta com períodos de inserção dos residentes em serviços da Atenção Primária e Secundária Especializada em Saúde Mental. Essa inserção ocorre anteriormente à entrada dos residentes nos serviços de Urgência e Emergência, o que auxilia na compreensão dos diferentes níveis de complexidade do atendimento em saúde mental e nas especificidades dos serviços, proporcionando um encaminhamento coerente com as demandas dos usuários que são admitidos na UPA 24h devido a episódios de crise.

Por fim, pode-se considerar que os serviços de urgência ocupam um lugar estratégico na rede de atenção psicossocial, pois estão no último nível antes da internação em hospital especializado em



saúde mental (BONFADA; GUIMARÃES, 2012; CAMPOS; TEIXEIRA, 2001), o que ressalta a importância da avaliação psicológica, descrita neste estudo, em UPA's.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo cumpriu o objetivo de descrever o processo de avaliação psicológica no contexto de crise em saúde mental em uma UPA 24h, a partir do relato de experiência vivenciado em um Programa de Residência Multiprofissional. Em seu decorrer, foram descritas as etapas da prática realizada no serviço.

Durante o processo avaliativo, ocorreu uma prática norteada pelos princípios éticos, pelas diretrizes do SUS e pela humanização, colaborando para a estabilização da crise e posterior encaminhamento do usuário para serviços da RAPS.

Entre as contribuições deste estudo está a compreensão da crise como um campo conceitual ampliado e articulado aos diversos saberes, que necessita de intervenções multiprofissionais para sua efetividade. Os resultados também contribuem para a produção de conhecimento na temática, visto que ainda há produção limitada neste contexto, que compreende uma área de inserção recente no campo da psicologia. Os resultados também podem colaborar para a implementação de intervenções que auxiliem de forma terapêutica na estabilização do usuário em crise de saúde mental nos serviços de urgência.

Durante a residência foi possível perceber a relação da teoria com a prática. A atuação do residente em um ambiente complexo, como a UPA 24h, permeado pelo atendimento ao sofrimento psíquico intenso, nem sempre proporcionará condições ideais para o trabalho, mas será diferencial para o desenvolvimento expressivo de habilidades, técnicas e formas de manejo de pacientes em crise de saúde mental. É necessária a construção de um trabalho que integre o observável do sintoma à dimensão subjetiva e ao contexto social do sujeito em sofrimento.

Todos esses aspectos embasam uma prática norteada de forma permanente pelos questionamentos: Eu vejo, mas possuo um olhar que reconhece as necessidades do indivíduo? Eu ouço seu relato, mas escuto realmente o que ele tem a dizer? Eu realizo intervenções e orientações, mas essas são coerentes e irão produzir efeitos terapêuticos? A prática proporcionada por um Programa de Residência Multiprofissional colabora para responder a essas questões a partir do compromisso com o que e quem se escuta, e o que se faz disso.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. *et al.* Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 67, n. 5, p. 708-714, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506> Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf>. Acesso em: 11 out. 2019.

ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 29, n. 4, p. 768-779, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a09.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostic-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2021.

BICHUETTI, J. L. *Crisevida: outras lembranças*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2000.

BOFF, L. *Crise: oportunidade de crescimento*. Campinas: Verus, 2002.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BOTEGA, N. J. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOTEGA, N. J. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 1 maio 2021.

BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 1 jul. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 59-61, 30 dez. 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 4 jun. 2019.

CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p.141-149, 2001. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MdbtKrFjm84Z49VbQzHpNjz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2021.

CAMPOS, P. J. O manejo das crises e a rede: o lugar do CAPS III. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). *Seminário para avançar a reforma psiquiátrica: construindo uma agenda positiva*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2007.

CAPITÃO, C. G.; SCORTEGAGNA, S. A.; BAPTISTA, M. N. A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, Campinas, v. 4, n. 1, p. 75-82, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a09.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP nº 010/2005, de 21 de julho de 2005*. Aprova o código de ética profissional do psicólogo. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP nº 09/2018, de 25 de abril de 2018*. Estabelece diretrizes para a realização de avaliação psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o sistema de avaliação de testes psicológicos - SATEPSI



e revoga as resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e notas técnicas nº 01/2017 e 02/2017. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v59n1/v59n1a10.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: <https://monitoriapsiq2015.files.wordpress.com/2015/02/psicopatologia-e-semiologia-dos-transtornos-mentais-paulo-dalgallarrondo.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.

HUTZ, C. S. O que é avaliação psicológica: métodos, técnicas e testes. In: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 11-21.

LEPPAUS, E. O. et al. *Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental*. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2021.

MANTOVANI, C. et al. Manejo do paciente agitado e agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 32, p. S93-S103, out. 2010. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2021.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 226-242, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a12.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: MOURA, M. D. (org.): *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

OLIVEIRA, P. R. M. *Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica: a recepção das diferenças*. 2002. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

ROSSI, L. *Gritos e sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas-FMUSP*. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SIMONETTI, A. *Manual da psicologia hospitalar: o mapa da doença*. 7. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

STERIAN, A. *Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do



Psicólogo, 2001.

STRAUB, R.O. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R. Semiologia psiquiátrica. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, Ribeirão Preto, v. 29, n. 1, p. 44-53, 1996. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/711/723>. Acesso em: 14 dez. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 28 de fevereiro de 2022.

Aceito em 25 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

LONGUI, Viviane Franceschini; COSTACURTA, Maurício João; GOMES, Denilsen Carvalho. Avaliação psicológica em crise de saúde mental: prática realizada em um programa de residência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 88-103, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-8>
<https://revista.ghc.com.br/>

Qualidade de vida e nível de atividade física em usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Caruaru-PE

Quality of life and physical activity level of users of a Family Health Care unit in Caruaru-PE, Brazil

Emerson Fernando Xavier de Souza ¹

Tiago de Miranda Costa ²

Bruce Ollyver Paulo de Oliveira ³

Flávio Renato Barros da Guarda ⁴

Rafaela Niels Silva ⁵

¹ Especialização em Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, na Universidade Tabosa de Almeida, Caruaru-PE. Formação base de Bacharel em Educação física pela Universidade Federal de Pernambuco.

Contribuição de autoria: Planejamento e concepção da pesquisa, revisão da literatura, análise e interpretação de dados, escrita e revisão do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-82321868>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5488636174810474>

E-mail: emersonfernando1990@hotmail.com

² Bacharelado em Educação Física pela Universidade Federal de Pernambuco - CAV-U-FPE. Atualmente tutor presencial do Curso em Bacharelado em Educação Física na Universidade Norte do Paraná. (UNOPAR). Contribuição de autoria: Coleta dos dados e revisão do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-860-853X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7519966746912736>

E-mail: thi_costtemiranda@hotmail.com

³ Mestrando no Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPB para o Curso de Mestrado Acadêmico na Linha de Epidemiologia da Atividade Física Contribuição de autoria: Coleta dos dados e revisão do artigo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4525-5862>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2351668181621312>

E-mail: bruceollyver@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar as características sociodemográficas e traçar o perfil epidemiológico para verificar a percepção da qualidade de vida e nível de atividade física dos usuários adscritos em uma unidade de saúde da família. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, composta por 363 usuários de ambos os sexos, cadastrados na Unidade de Saúde Família Salgado I, Caruaru-PE. Assistidos ou não pela equipe multiprofissional, com qualquer condição aguda ou crônica que não limitasse a capacidade do mesmo para participar do estudo, pertencente ou não das demais atividades oferecidas pela USF. Tendo como instrumentos um questionário semiestruturado, onde foram coletadas variáveis socioeconômicas e demográficas. Para análise da qualidade de vida foram aplicados o *WHO Quality of Life-BREF* e o *IPAQ* versão curta que analisou os níveis de Atividade Física. **Resultados:** Os resultados apontaram que os indivíduos com melhores níveis de Atividade Física, apresentam bons scores nos domínios físico, psicológico, social, meio ambiente e na satisfação com a saúde na análise da qualidade de vida do WHOQOL-BREF. **Conclusão:** Esta pesquisa mostra que os usuários que aumentarem os seus níveis de atividade física refletem na melhora dos scores da qualidade de vida desses indivíduos, independentemente da faixa etária. Além de traçar um perfil sociodemográfico para melhorar as ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas no território para que mais usuários tenham seus níveis de atividades físicas próximos ou melhor do que é recomendado pela Organização mundial da Saúde.

Palavras-chaves: inatividade física; qualidade de vida; sistema único de saúde; estilo de vida.

ABSTRACT

Purpose: To identify the sociodemographic characteristics and outline the epidemiological profile to verify the perception of quality of life and physical activity level of users of a family health care unit. **Methods:** This is a cross-sectional, quantitative study composed of 363 users of both genders registered at the Family Health Care Unit Salgado 1 in Caruaru-PE, Brazil. Assisted or not by the multiprofessional team with any acute or chronic condition that did not limit their ability to participate in the study, belonging or not to the other activities offered by the health care unit. The study instrument was a semistructured questionnaire to collect socioeconomic and demographic variables. The WHO Quality of Life-BREF and the short version of the IPAQ were used to analyze the quality of life and physical activity levels, respectively. **Results:** The results pointed out that individuals with better physical activity levels present good scores in the physical, psychological, social, and environmental domains and for the satisfaction with health in the quality-of-life analysis of the WHOQOL-BREF. **Conclusion:** This study showed that users who increase their physical activity levels improve their quality-of-life scores, regardless of the age range, in addition to outlining a sociodemographic profile to improve the prevention and health promotion actions developed in the territory so that more users may have their physical activity levels near or better than those recommended by the World Health Organization.

Keywords: physical inactivity; quality of life; unified health system; lifestyle.



INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde 1997, a Qualidade de Vida (QV) é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, envolvendo dimensões da saúde física, psicológica, social, meio ambiente e níveis de independência. Neste sentido, a qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada indivíduo, na maneira como ele pensa, sente, age ou se comporta em relação ao seu ambiente e ao gasto de energia, que está ligado a atividade física regular (RIBEIRO; FERRETTI; SÁ, 2017).

A QV está associada a outros fatores multidimensionais que incluem a satisfação das necessidades mais essenciais da vida humana, tais como: habitação, trabalho, educação, saúde e lazer (BEZERRA, 2018). Sendo assim essa ampla dimensão e suas relações positivas e negativas com os diversos aspectos da vida, permitem distintas formas de avaliação, levando indivíduos com as mesmas condições crônicas a manifestarem diferentes níveis de saúde e de bem-estar, físico e emocional (COSTA, 2018; NORONHA *et al.*, 2016).

Um dos principais fatores que influenciam a qualidade de vida está o adoecimento (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). A doença não pode ser compreendida apenas por meio das alterações fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, os sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece (PETTRES; ROS, 2018). De acordo com a OMS 1997, a junção de pequenos fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT) e a agregação da carga dessas doenças (CAMPOS; MARZIALE; SANTOS, 2013). Dentre essas, destacam-se: tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a alimentação inadequada e a inatividade física (REIS; MARINS, 2017).

Entre as práticas que influenciam a qualidade de vida podemos citar as atividades físicas, que estão associadas ao comportamento e estilo de vida das pessoas (FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015). A atividade física é considerada um comportamento saudável e capaz de reduzir ou minimizar o adoecimento (I-MIN *et al.*, 2012), bem como a melhora da

⁴ Mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fiocruz/Pernambuco. Atualmente professor da disciplina economia da saúde no Programa de Residência Multiprofissional em Interiorização da Atenção Básica e de Epidemiologia Aplicada à Atividade Física no Programa de Pós-graduação em Educação Física da UFPE, Campus Recife. Contribuição de autoria: Revisão da literatura, interpretação de dados e revisão do artigo ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9214-7784> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6324960716344364> E-mail: flaviodaguarda@hotmail.com

⁵ Doutorado em andamento Programa de Inovação Terapêutica (PPGIT) da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. No Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES UNITA, Caruaru-PE, atualmente é professora das disciplinas Gestão e Promoção da Atividade Física e Saúde, Atividade Física, Qualidade de Vida e Saúde, Educação em Saúde, Étnico Raciais, Estilo de vida, saúde e bem estar. Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, análise dos dados, escrita e revisão do artigo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8065-0780> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8092765542976523> E-mail: rafaelasilva@asc.es.edu.br



QV do indivíduo, independentemente da sua idade (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2020; FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015).

Estratégias que ofertam a prática de atividade física como o Programa Academia da saúde, grupos de Atividade física utilizando equipamento sociais da comunidade, atendimento individual para orientação de prática corporais, palestra, oficinas e ações pontuais com o grupos de hipertensos e diabéticos são algumas das principais abordagens nos territórios da Atenção Primária à Saúde (APS) (CARLOS; FERREIRA; FERREIRA, 2017; CLEMENTINO; ALONSO; GOULART, 2019; CARVALHO *et al.*, 2016; MANTA *et al.*, 2020), que podem ajudar a construir vínculos com usuários, bem como conectar o trabalho de profissionais e pontos de atenção (SILVA *et al.*, 2016a).

Os benefícios produzido pela prática de atividade física são evidenciados internacionalmente (SANTOS *et al.*, 2016) podendo contribuir para uma melhor qualidade da vida de forma individual ou coletiva, independentemente de serem realizados individualmente ou por meio de programas sustentados por políticas nacionais pactuadas nas diferentes esferas de governo (FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015).

Ao longo dos anos vários instrumentos foram criados para avaliar a qualidade de vida, os mais utilizados são genéricos, avaliam vários aspectos do impacto resultante de uma condição de saúde, como a capacidade funcional, a dor e o estado geral da saúde (MOITA; MELO, 2018). Dentre os instrumentos genéricos, o *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form (MOS SF-36)*, o *Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form (MOS SF-12)*, o *EuroQol (EQ-5D)* e o *WHOQOL-100* são os mais utilizados (GOBBENS; REMMEN, 2019). O WHOQOL-BREF, uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido e recomendado pela OMS, sua validação mostra que as características psicométricas do instrumento na sua versão em português são semelhantes às da amostra do estudo que deu origem ao instrumento, valoriza a percepção individual, podendo avaliar a QV em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017; MOITA; MELO, 2018; NORONHA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016b).

Dentre os procedimentos de mensuração dos níveis de atividade física é possível citar o acelerômetro (LADE *et al.*, 2016), análise de prontuários (CARVALHO *et al.*, 2016) e o *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*, sendo que o último é habitualmente empregado em estudos de base populacional (CARVALHO *et al.*, 2016; LADE *et al.*, 2016; REIS; MARINS, 2017). Estabelecer qual a prevalência dos níveis de atividade física nessa população poderá auxiliar na tomada de decisão sobre medidas para atenuar esse estado, além de colaborar para a construção de dados recentes para melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde, além de traçar um perfil epidemiológico e sociodemográfico para a Unidade de Saúde da Família (USF).

Neste sentido, avaliar a relação entre QV e níveis de atividade física pode ajudar a promover a qualidade de vida dos usuários, reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus de-



terminantes e condicionantes, modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (DIAS *et al.*, 2018), e colaborar no aperfeiçoamento das estratégias de promoção da saúde existentes, para conhecer melhor os indicadores relacionados a saúde.

Tendo em vista a reformulação da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) com incentivos para promoção de ações e práticas corporais e atividade física, que prevê como meta o aumento de até 10% na proporção de pessoas fisicamente ativas (MANTA *et al.*, 2020), a presente pesquisa objetivou verificar a percepção da qualidade de vida (QV) e nível de atividade física em usuários adscritos na área de abrangência de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).do Sistema Único de Saúde (SUS) de Caruaru-PE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal do tipo quantitativo analítico (ARAGÃO, 2011). A pesquisa foi realizada no período de maio a setembro de 2018 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Tabosa de Almeida, Caruaru-PE sob o N° 2.840.875. Todos os participantes entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi realizado através de uma pesquisa de Campo na USF do Salgado 1 em Caruaru-PE, localizado em zona urbana da cidade. O bairro tem como sua fonte de renda para a população as costuras de peças de jeans, a USF oferecia além dos atendimentos e consultas individuais, realizavam atendimento com grupos, como o HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes), grupo de Saúde mental, cessação de tabagismo, com apoio do NASF-AB e grupo de atividade física três vezes na semana em uma quadra de uma escola dentro do território de cobertura da unidade. Para a seleção da amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: Usuários com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, cadastrados e assistidos pela USF do território, assistidos ou não pelo NASF-AB, com qualquer condição aguda ou crônica que não limitasse a capacidade do mesmo para participar do estudo, pertencente ou não das demais atividades oferecidas pela USF. Participaram desta pesquisa 363 usuários adscritos de ambos os sexos, cadastrados na USF Salgado 1 e selecionados por meio de um cálculo amostral executado no programa *EpiInfo*, intervalo de confiança de 95% e Margem de Erro de 5%, sendo o processo de amostragem aleatório simples.

Foram coletados dados primários, por meio de entrevistas, realizados pelo pesquisador com a colaboração dos discentes do 8º período do curso de Educação Física, onde passaram por treinamento por três dias para manter o mesmo padrão e qualidade de entrevista, que duravam cerca de 35 minutos realizadas com os usuários no seu contexto domiciliar, através de três instrumentos, a saber: para coleta dos dados sociodemográfico foi utilizado questionário semiestruturado, com questões que buscavam identificar características: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, ou seja, o perfil



das pessoas do território (TRIGUEIRO *et al.*, 2011).

Para análise da QV, o *WHO Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF), um instrumento composto por vinte e seis questões em escala *likert* de cinco pontos, considerando os últimos quinze dias vividos pelo respondente. Duas questões referem-se à percepção individual da qualidade de vida geral, que deverão aparecer da seguinte forma: percepção da qualidade de vida (resultado em média 1 a 5); satisfação com a saúde (resultado em média 1 a 5) e as demais estão subdivididas em quatro domínios, “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “ambiente” representando cada uma das vinte e quatro facetas que compõem o instrumento original (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017). Cada domínio aborda os seguintes aspectos:

- Domínio físico – dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, mobilidade, capacidade de trabalho;
- Domínio psicológico – sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião, crenças pessoais;
- Relações sociais – relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual;
- Domínio do ambiente – segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais/disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (quanto à poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.

O WHOQOL-BREF é autoaplicável, porém, devido à dificuldade de leitura e ao baixo nível de escolaridade comuns na comunidade estudada, optou-se pela entrevista, realizada pelos próprios pesquisadores.

Para mensuração do nível de atividade física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (SILVA *et al.*, 2016b), versão curta. Este instrumento contém quatro questões que analisam a participação dos respondentes em atividades físicas de caminhada moderadas e vigorosas realizadas na última semana, classificando-as em cinco categorias, conforme a condição de atividade física: Sedentário – Não realiza nenhuma atividade física por pelo menos 10 min contínuos durante a semana; Insuficientemente Ativo – Consiste em classificar os indivíduos que praticam atividades físicas por pelo menos 10 min contínuos por semana, porém de maneira insuficiente para ser classificado como ativos. Essa categoria divide-se em dois grupos: Insuficientemente Ativo A – Realiza 10 min contínuos de atividade física, seguindo pelo menos um dos critérios citados: frequência – 5 dias/semana ou duração – 150 min/semana; Insuficientemente Ativo B – Não atinge nenhum dos critérios da recomendação citada nos indivíduos insuficientemente ativos A; Para classificar os indivíduos como ativos, são somadas a duração e a frequência dos diferentes tipos de atividades (caminhadas + moderada + vigorosa), Ativo – Cumpre as seguintes recomendações: a) atividade física vigorosa – ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 min/sessão; b) moderada ou caminhada – ≥ 5 dias/semana e ≥ 30



min/sessão; c) qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 min/semana; Muito Ativo – Cumpre as seguintes recomendações: a) vigorosa – ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 min/sessão; b) vigorosa – ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 min/sessão + moderada e ou caminhada ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 min/sessão.

A análise de todos os dados foi efetuada pelo software “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS versão 23). Utilizou-se estatística descritiva, através de distribuição de probabilidade e medidas de tendência central. Para comparação entre categorias, em relação as variáveis numéricas foram realizadas através do teste de Kruskal-Wallis e no caso de diferenças significativas foram utilizadas comparações múltiplas do referido teste. A escolha do teste de Kruskal-Wallis ocorreu devido à ausência de normalidade das variáveis numéricas em pelo menos uma das categorias. A verificação da hipótese de normalidade foi realizada através do teste de Shapiro-Wilk. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Entre os 363 voluntários a predominância foi do sexo feminino (83,7%). A idade dos pesquisados houve variação de 20 a 82 anos com média de $49,23 \pm 13,61$ anos, sendo que a maior frequência foi da faixa etária de 40 a 59 anos (54,5%). A amostra apresentou um perfil majoritário de: pessoas pardas (49,3%), baixo nível de escolaridade (55,9%), com renda de até três salários mínimo (82,1%) e com ocupação autodeclarada como donas de casa (40,5%). Dentre eles 89,3% não possuem cadastro no programa de transferência direta de renda. Com relação aos hábitos de vida auto relatados (54,8%) não praticavam atividade física. Com relação aos motivos citados como barreira para prática de atividade física, 47,7% atribuiu a falta de tempo. Referindo-se aos voluntários que afirmaram ter recebido orientação sobre atividade física (77,7%), mais da metade da amostra atribuiu estas orientações ao profissional de educação física na Unidade de Saúde (53,7%) conforme Tabela 1.

Tabela 1 –Perfil sociodemográfico dos usuários da APS em Caruaru-PE, 2018.

Variável	N (%)
TOTAL	363 (100,0)
Faixa etária	
20 a 39	78 (21,5)
40 a 59	198 (54,5)
60 ou mais	87 (24,0)
Sexo	
Masculino	59 (16,3)
Feminino	304 (83,7)
Estado civil	
Casado/União estável	193 (53,2)
Solteiro	116(32,0)



Divorciado	17(4,7)
Viúvo	37 (10,2)
Raça/Cor	
Branco	131 (36,1)
Negro	45 (12,4)
Pardo	179 (49,3)
Outra (amarelo/indígena)	8 (2,2)
Escolaridade	
Analfabeto	36 (9,9)
Fundamental incompleto	203 (55,9)
Fundamental completo	59 (16,3)
Médio/Superior	65 (17,9)
Renda familiar (salários mínimos)	
Não tem	54 (14,9)
Até 3	298 (82,1)
4 ou mais	6 (1,7)
Não sabe informar	5 (1,4)
Recebe bolsa família	
Sim	39 (10,7)
Não	324 (89,3)
Situação ocupacional	
Dona de casa	147 (40,5)
Trabalha	70 (19,3)
Aposentado	63 (17,4)
Não trabalha	36 (9,9)
Autônomo	27 (7,4)
Beneficiário	14 (3,9)
Pensionista	6 (1,7)
Hábito do tabagismo	
Sim	27 (7,4)
Não	336 (92,6)
Hábito do etilismo	
Sim	24 (6,6)
Não	339 (93,4)
Prática atividades físicas	
Sim	164 (45,2)
Não	199 (54,8)
Motivo para não praticar atividades físicas?	



Não gosta/Não quer/Não tem interesse	41 (20,6)
Falta tempo	89 (44,7)
Desmotivação/Preguiça	32 (16,1)
Dor	16 (8,0)
Problemas de saúde	11 (5,5)
Não informado	10 (5,0)
O que contribuiria para a prática de atividades físicas?	
Nada	49 (24,6)
Ter tempo/Horário disponível	80 (40,2)
Ter disposição/Força de vontade	14 (7,0)
Estar sem dor	13 (6,5)
Estar bem com a saúde	7 (3,5)
Companhia	5 (2,5)
Não informado	31 (15,6)
Recebeu alguma orientação sobre prática de atividade física?	
Sim	282 (77,7)
Não	81 (22,3)
Profissional que recebeu orientação	
Profissional de educação física	195 (53,7)
Médico	78 (21,5)
Nutricionista	3 (0,8)
Assistente social	2 (0,6)
Enfermeiro	2 (0,6)
Dentista	2 (0,6)
Não recebeu orientação	81 (22,3)
É hipertenso?	
Sim	148 (40,8)
Não	215 (59,2)
É diabético?	
Sim	34 (9,4)
Não	329 (90,6)

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Os usuários adscrito na UBS do salgado 1 estão classificados como, "irregularmente ativos" que somam (36,6%) e ativos (35,0%) (Tabela 2).



Tabela 2 – Classificação do Nível de Atividades físicas de acordo com o IPAQ dos usuários da APS em Caruaru-PE, 2018.

IPAQ	N (%)
TOTAL	363 (100,0)
Muito ativo	22 (6,1)
Ativo	127 (35,0)
Irregularmente ativo A	69 (19,0)
Irregularmente ativo B	64 (17,6)
Sedentário	81 (22,3)

Fonte: Dados da pesquisa (2018); DP = Desvio Padrão

Na Tabela 3 são apresentados os resultados das categorias avaliadas na qualidade de vida do WHOQOL-BREF onde o domínio Psicológico ($62,42 \pm 15,86$), social ($62,42 \pm 23,26$), as categorias Percepção da QV ($3,57 \pm 0,87$) e a Satisfação com a saúde ($3,40 \pm 1,06$) apresentam os melhores valores em relação as outras categorias analisadas.

Tabela 3 – Média dos domínios do WHOQOL-BREF dos usuários da APS em Caruaru-PE, 2018.

Domínios	Estatísticas			
	Média $\pm$ DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Físicos	$58,83 \pm 13,04$	57,14	14,29	96,43
Psicológicos	$62,42 \pm 15,86$	62,50	20,83	100,00
Sociais	$62,42 \pm 23,26$	66,67	0,00	100,00
Ambientais	$57,04 \pm 16,09$	56,25	18,75	100,00
Percepção da QV	$3,57 \pm 0,87$	4,00	1,00	5,00
Satisfação com a saúde	$3,40 \pm 1,06$	3,00	1,00	5,00

Fonte: Dados da pesquisa (2018); DP = Desvio Padrão

Na Tabela 4 os resultados dos níveis de QV de acordo com a faixa etária apresentam diferenças significativas, sendo menor que $p < 0,05$ nos domínios Psicológicos, Ambientais e Percepção da QV. Através dos testes de comparações múltiplas ocorreram diferenças significativas entre a faixa etária de 20 a 39 anos com as outras duas faixas no domínio Psicológico e entre a faixa etária 40 a 59 anos com cada uma das outras no domínio meio ambiente e na percepção da qualidade de vida.

Tabela 4 – Diferença entre dos domínios do WHOQOL-BREF com a faixa etária dos usuários da APS em Caruaru-PE, 2018.

Domínios	Faixa etária			Valor de p
	20 a 39 (n = 78)	40 a 59 (n = 198)	60 ou mais (n = 87)	
	Média $\pm$ DP (Mediana)	Média $\pm$ DP (Mediana)	Média $\pm$ DP (Mediana)	
Físicos	$59,43 \pm 14,82$ (57,14)	$58,66 \pm 12,78$ (57,14)	$58,66 \pm 12,00$ (57,14)	$p^{(1)} = 0,943$



Psicológicos	66,72 ± 15,20 (68,75) ^(A)	61,91 ± 16,28 (62,50) ^(B)	59,72 ± 14,84 (58,33) ^(B)	p ⁽¹⁾ = 0,016*
Sociais	66,24 ± 24,25 (66,67)	60,52 ± 24,13 (58,33)	63,31 ± 19,87 (66,67)	p ⁽¹⁾ = 0,110
Ambientais	62,06 ± 16,75 (65,63) ^(A)	54,20 ± 15,56 (53,13) ^(B)	59,02 ± 15,46 (59,38) ^(A)	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Percepção da QV	3,81 ± 0,79 (4,00) (A)	3,43 ± 0,89 (3,00) (B)	3,67 ± 0,86 (4,00) (A)	p ⁽¹⁾ = 0,002*
Satisfação com a saúde	3,59 ± 1,24 (4,00)	3,31 ± 1,04 (3,00)	3,46 ± 0,89 (3,00)	p ⁽¹⁾ = 0,087

Fonte: Dados da pesquisa (ano); DP = Desvio Padrão; (*) Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1) Através do teste Kruskal Wallis; Obs. Se as letras entre parênteses são todas distintas, comprova-se diferença significativa entre as demais faixas correspondentes pelas comparações do referido teste.

Na Tabela 5 de todas as categorias selecionadas para análise do WHOQOL-BREF de acordo com o nível de AF, apenas a percepção da QV não apresentou diferença estatística.

Tabela 5 – Relação entre domínios do WHOQOL-BREF com nível de atividade física dos usuários da APS em Caruaru-PE, 2018.

Do- mínios	IPAQ					Valor de p
	Muito ativo	Ativo	Irregular- mente ativo A	Irregular- mente ativo B	Sedentário	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
Físicos	63,96 ± 18,64 ^(AB) (53,57)	61,42 ± 11,45 ^(A) (64,29)	59,37 ± 12,27 ^(AB) (57,14)	55,92 ± 12,55 ^(B) (57,14)	55,20 ± 13,47 ^(B) (53,57)	p ⁽¹⁾ = 0,002*
Psicológicos	68,37 ± 18,17 ^(A) (75,00)	64,96 ± 14,99 ^(A) (66,67)	63,35 ± 13,81 ^(AB) (62,50)	57,68 ± 17,01 ^(B) (58,33)	59,77 ± 16,18 ^(B) (58,33)	p ⁽¹⁾ = 0,009*
Sociais	70,45 ± 17,20 ^(A) (70,83)	65,22 ± 21,13 ^(A) (66,67)	67,27 ± 20,13 ^(A) (66,67)	53,91 ± 27,74 ^(B) (58,33)	58,44 ± 24,35 ^(B) (58,33)	p ⁽¹⁾ = 0,003*
Ambientais	64,77 ± 17,12 ^(A) (62,50)	59,30 ± 15,82 ^(A) (56,25)	56,66 ± 16,24 ^(AB) (56,25)	53,22 ± 13,83 ^(B) (53,13)	54,75 ± 16,86 ^(B) (53,13)	p ⁽¹⁾ = 0,017*
Percepção da QV	3,68 ± 0,78 (4,00)	3,65 ± 0,79 (4,00)	3,65 ± 0,95 (4,00)	3,48 ± 0,98 (3,50)	3,41 ± 0,85 (3,00)	p ⁽¹⁾ = 0,143
Satisfação com a saúde	3,55 ± 0,74 ^(AB) (3,00)	3,59 ± 0,99 ^(A) (4,00)	3,52 ± 1,08 ^(AB) (3,00)	3,16 ± 1,14 ^(B) (3,00)	3,17 ± 1,08 ^(B) (3,00)	p ⁽¹⁾ = 0,024*

Fonte: Dados da pesquisa (ano); (*) Diferença significativa ao nível de 5,0%; (1) Através do teste Kruskal Wallis; Obs. Se as letras entre parênteses são todas distintas, comprova-se diferença significativa entre as faixas correspondentes pelas comparações do referido teste.

Nos testes de comparações múltiplas os domínios do IPAQ: físico os “ativos”; “muito ativos” e “ativos”; “muito ativos”, “ativos” e “irregularmente ativos A” apresentam diferença estatística para os domínios: Físico, domínios psicológicos, domínios sociais do WHOQOL- BREF, respectivamente.



DISCUSSÃO

Neste estudo foi analisado a QV percebida por usuários e o nível de atividade física desses usuários que buscaram atendimentos em uma USF no município de Caruaru, com intuito de subsidiar o diagnóstico da situação de saúde da população atendida em serviços de Atenção Primária a Saúde.

Os resultados mostraram uma predominância do sexo feminino com representação de 83,7%, apontou baixo nível de escolaridade com 55,9% da amostra, com média de $49,23 \pm 13,61$ anos com representação de (54,5%). Essas mesmas características são encontradas por Almeida-Brasil *et al.*, 2017, em que predominou o sexo feminino (79,9%), com média de idade de 45 anos $\pm 16,4$ anos na sua pesquisa. Na população brasileira existe um predomínio de mulheres, no nordeste em 2014 havia 27,1 milhões de homens e 29,1 milhões de mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016), essa predominância reflete no presente estudo.

Quanto ao nível de escolaridade (55,9%) possuíam fundamental incompleto, (82,1%) declararam renda de até três salários mínimo e (49,3%) declararam ser pardo. Estas características corroboram com Paiva *et al.*, 2016, onde sua amostra foi retirada de 24 municípios, utilizando como instrumentos de avaliação questionário sociodemográfico e o WHOQOL-BREF, que apontou baixo nível de escolaridade (54,2%) e renda de até três salários mínimos (48,6%). Em relação raça/cor este mesmo estudo aponta maior frequência da cor de pele branca (60,1%). Ainda sobre a cor da pele os resultados também divergem de outros autores, em que a maioria foi de pessoas autodeclaradas brancas (DIAS *et al.*, 2017; MOLINA *et al.*, 2020). Essa divergência pode ser devida as características do perfil da amostra coletada citados em comparação ao presente artigo que é restrito ao território de uma unidade básica de saúde e na região nordeste do país, tendo em vista que a amostra dos outros estudos houve uma abrangência maior de diferentes regiões.

Na presente pesquisa 44,7% dos voluntários justificaram o fato de não fazer atividade física por não ter tempo para realiza-las regularmente, o que corrobora com o estudo de Dias *et al.*, 2017, pois afirma que 51% dos indivíduos justificaram o comportamento negativo em relação à prática de atividade física pela falta de tempo. Santos *et al.*, 2016 afirma que as práticas corporais/atividades físicas realizadas na APS são importantes, pois elevam a compreensão dos usuários acerca da importância da inserção do Profissional de Educação Física nas unidades de saúde, assim como das práticas corporais/atividades físicas e o impacto das mesmas na saúde dos usuários.

Segundo a PNPS (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2010), são descritos ações e objetivos específicos para a implantação e pactuação com gestores do SUS e outros setores o aumento dos níveis populacionais de atividade física. Em contrapartida o Programa Previne Brasil (PPB) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2019a), revogou alguns instrumentos normativos que definiam o custeio com o NASF-AB, afetando também a composição desse núcleo deixando a critério dos gestores municipais.



Tendo como fragilidade a inserção do Profissional de Educação Física na APS, pois a portaria 3.222 que dispõe sobre os indicadores de pagamento por desempenho no âmbito do PPB apenas cita ações multiprofissionais no Âmbito da APS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2019b), que deixa muito amplo e vago a respeito da importância das PC/AF na APS e a fragilidade na pactuação de ações na rede básica de saúde e na comunidade, tendo como a principal via de atuação direta do profissional de Educação Física o Programa Academia da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018).

O presente estudo utilizou o IPAQ versão curta (CESCHINI *et al.*, 2016), o instrumento tem validação nacional para avaliar o nível da atividade física desta amostra. Obteve-se as seguintes frequências: ativos e muito ativos representaram (35%) e (6,1%), respectivamente. Somados os escores de irregularmente ativos A e B alcançam (36,6%) e (22,3%) para indivíduos sedentários. Um estudo que também utilizou o IPAQ versão curta para avaliar o nível de atividade física com usuários do serviços de saúde demonstrou que (51,7%) da amostra era insuficientemente ativos (REIS; MARINS, 2017). Resultados similares foram encontrados por Klein *et al.*, 2018, que avaliou a qualidade de vida e os níveis de atividade física tendo o IPAQ versão curta em moradores das residências terapêuticas da grande Porto Alegre. No total, foram avaliadas 68 pessoas (42 homens e 26 mulheres), na qual a maioria da sua amostra foi classificada como insuficientemente ativos (48,5%), os ativos foram (35,3%) e (14,7%) sedentários.

Na análise da qualidade de vida, a amostra desta pesquisa obteve as melhores médias nos domínios Psicológico ($62,42 \pm 15,86$) e social ($62,42 \pm 23,26$) respectivamente, e as categorias Percepção da QV ($3,57 \pm 0,87$) e a Satisfação com a saúde ($3,40 \pm 1,06$), o domínio meio ambiente ($57,04 \pm 16,09$) obteve a menor média. A pesquisa transversal de Almeida-Brasil *et al.*, 2017, com 930 usuários adultos, cadastrados nas UBS selecionadas, onde utilizou o WHOQOL-BREF, corrobora com nossos achados, pois identificou que as maiores médias de QV foram observadas no domínio relações sociais e psicológico com ($69,3 \pm 20,7$) e ($68,2 \pm 15,7$) e Qualidade de vida geral ($65,2 \pm 19,2$) (nesta categoria está inserida a Percepção da qualidade de vida e a Satisfação com a saúde), a menor média foi do domínio meio ambiente com ($56,0 \pm 16,0$).

Sobre a relação das médias dos domínios da QV e idade, observou-se que a faixa etária de 20 aos 39 anos obteve médias superiores às demais faixas etárias nos domínios: psicológica ($66,72 \pm 15,20$), ambiente ($62,06 \pm 16,75$) e na categoria percepção da QV ($3,81 \pm 0,79$), já a faixa de 40 a 59 anos obteve as menores médias no domínio ambiental ($54,20 \pm 15,56$) e na categoria percepção da QV ($3,43 \pm 0,89$). Resultados semelhantes foram apontados por Almeida-Brasil *et al.*, 2017 e Costa, 2018, que utilizaram o mesmo instrumento, em que o domínio relações sociais, indivíduos entre 40 e 59 anos apresentaram pior percepção da QV que jovens adultos. Isso pode ser justificado pelo fato de que jovens adultos se encontram na fase da vida mais funcional da rede de relacionamentos, a busca pela estabilidade financeira no mercado de trabalho, o casamento e os filhos, enquanto que o lazer dos mais velhos envolve mais a família do que os amigos (FIORINI; MORÉ; BARDAGI, 2017).



Entre as variáveis avaliadas no WHOQOL-BREF, as categorias do domínio físico, psicológico, sociais, ambientais e satisfação com a saúde apresentaram diferença significativa em relação as categorias de níveis de atividade física. Ressalta-se que os indivíduos classificados em ativos se sobressaem nestas cinco categorias. Além disso, os voluntários classificados como muito ativo, apesar de ser (6,7%), tem os melhores desempenhos nas médias dos domínios psicológico, sociais e ambientais. Em uma revisão sistemática, que tinha por objetivo verificar na literatura os artigos que haviam uma associação da qualidade de vida com os nível de atividade física, apresentou associação entre os indivíduos com maior nível de atividade física à melhores médias nos domínios físico, psicológico e social do WHOQOL-BREF (CLEMENTINO; ALONSO; GOULART, 2019), apontando semelhanças com os resultados deste estudo.

No sul do Brasil uma pesquisa que associou a relação do nível de AF com a QV, porém com outro instrumento para mensurar a QV, verificou que os indivíduos classificados como insuficientemente ativos e sedentários obtiveram resultados inferiores em comparação com os indivíduos ativos (KLEIN *et al.*, 2018), corroborando com nossos achados nesta pesquisa. Já em contra partida em uma avaliação dos efeitos da prática orientada de exercícios físicos em pacientes encaminhados por médicos das equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil, sob supervisão de profissionais de Educação Física. Os 120 participantes, 99 mulheres e 21 homens, entre 10 e 78 anos, foram acompanhados durante seis meses. A qualidade de vida percebida com o questionário WHOQOL-BREF mostrou melhorias em todos os domínios analisados (AZEVEDO; MUNDSTOCK, 2018). Outro autor verificou que independente de sexo, idade, fica evidenciado que a atividade física acarreta melhoras na qualidade de vida em todos os aspectos da vida do indivíduo (PEREIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Nos achados do presente artigo no que diz respeito a avaliação de uma das categorias, na satisfação com a saúde, os indivíduos ativos obtiveram as melhores médias em relação aos outros níveis de atividade física. Campos *et al.*, 2014, avaliou a qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física, e identificou que a QV era influenciada pela prática de atividades físicas regulares. No estudo de Silva *et al.*, 2016b ele afirma que a prática de atividade física interfere em resultados positivos na auto percepção da satisfação com a saúde.

Neste sentido, sugere-se que sejam executados outros estudos que investiguem os níveis de qualidade de vida com base em indicadores de saúde, bem-estar, saúde geral de diferentes populações, sobretudo nos municípios da região Nordeste, já que são comprovadas discrepâncias regionais em relação aos determinantes sociais da saúde que influenciam a percepção de qualidade de vida das pessoas.

Contudo, por se tratar de uma pesquisa transversal, não foi possível estabelecer uma temporalidade entre causa e efeito, sendo necessários outros estudos para identificar está relação e controlar variáveis que possam interferir na relação entre percepção de saúde, condições físicas e quanto aos



níveis de atividade física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com todas essas observações e resultados semelhantes a outros estudos, conclui-se que, para a amostra deste território há diferença significativa entre o nível de atividade física com cinco das seis categorias avaliadas do WHOQOL-BREF. Além da relação da faixa etária com a qualidade de vida, que apresentou diferenças estatisticamente significativa entre as médias dos domínios da qualidade de vida com faixa etária mais jovens. Com relação aos indivíduos que se encontram na faixa dos 40 a 59 anos, em plena fase de produtividade da vida, o estudo aponta que essas pessoas precisam melhorar no aspecto do domínio psicológico e ambiente.

São relevantes os resultados do estudo, pois mostram que se o indivíduo que se encontra na categoria de insuficientemente ativo B, elevar seus níveis de atividade física a cima de 10 minutos por semana contínuos nos cinco dias da semana ou 150 minutos por semana ou a mais que isso, pode melhorar os seus scores de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-BRASIL, C. C. *et al.* Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501705&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 maio 2021.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Praxis*, Volta Redonda, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011. Doi: <https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/566/528>. Acesso em: 5 maio 2021.
- AZEVEDO, J.; MUNDSTOCK, E. Efeitos da prática orientada de exercícios físicos em pacientes do SUS no município de Canela, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas v. 40, n. 4, p. 33-345, out. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.017>. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0101328915300846?token=7650A205017B4D4B-2D7769BED028E5EBFFAB2B73AB8576F2F1051F4B27672DAB917C430AAC92D08D58F-DE4876877F7E1&originRegion=us-east-1&originCreation=20220505204502>. Acesso em: 5 maio 2021.
- BEZERRA, A. S. A influência da atividade física na qualidade de vida das idosas do NASF do município de Várzea-PB. *Arquivos Brasileiros de Educação Física*, Tocantins, v. 1, n. 1, p. 101-110, 2018. Doi: 10.20873/ABEF.V1I1.4930. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/abeducaafisica/article/view/4930/14579>. Acesso em: 5 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária a Saúde de no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da portaria da Consolidação nº 6/



GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 5 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 172-174, 11 dez. 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 5 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Academia da Saúde*: caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_academia_saude_implantacao_implementacao.pdf. Acesso em: 2 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Quality of life of elderly practitioners of physical activity in the context of the family health strategy. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 889-897, dez. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002060013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/mjrjmZfwgtPksTGLdwRLvMz/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 16 mar. 2021.

CAMPOS, M. C. T. de; MARZIALE, M. H. P.; SANTOS, J. L. F. Adaptação transcultural e validação do World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire para enfermeiros brasileiros. *Revista da Escola de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 47, n. 6, p. 1338-1344, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/VnyrgGywfcxLYVKn6jxnywm/?lang=pt#>. Acesso em: 16 mar. 2021.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, set. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PyjhWH-9gBP96Wqsr9M5TxJs/?lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2021.

CARVALHO, C. J. de *et al.* Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pa-



cientes com hipertensão arterial resistente. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 49, n. 2, p. 124-133, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/118397>. Acesso em: 16 mar. 2021.

CESCHINI, F. L. *et al.* Nível de atividade física em adolescentes brasileiros determinado pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, Taguatinga, v. 24, n. 4, p. 199-212, 2016. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/6584>. Acesso em: 16 mar. 2021.

CLEMENTINO, M. D.; ALONSO, A. C.; GOULART, R. M. M. A influência da atividade física na percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, Petrolina, v. 17, n. 4, p. 247, 5 fev. 2019. Doi: <https://doi.org/10.33233/rbfe.v17i4.2765>. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/revistafisiologia/article/view/2765/4345>. Acesso em: 16 mar. 2021.

COSTA, M. L. A. Qualidade de vida: atividade física no envelhecimento. *Fisioterapia Brasil*, Petrolina, v. 19, n. 5, p. S97-S105, 6 nov. 2018. Doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v19i5.2610>. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2610/pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

DIAS, J. *et al.* Physical activities practicing among scholar professors: focus on their quality of life. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-6, 23 out. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0110>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/s7z6dvkSP5CTXxHtmx-pVZBM/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 16 mar. 2021.

FERREIRA, J. S.; DIETRICH, S. H. C.; PEDRO, D. A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 792-801, set. 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XSdQ5k5j8WYwLm44tb6HPhr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2021.

FIORINI, M. C.; MOREÍ, C. L. O. O.; BARDAGI, M. P. Família e desenvolvimento de carreira de jovens adultos no contexto brasileiro: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 43-55, jun. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.26707/1984-7270/2017v18n1p43>. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902017000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 5 maio 2021.

GOBBENS, R. J. J.; REMMEN, R. The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: Comparing SF-12, WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. *Clinical Interventions in Aging*, v. 14, p. 231-239, 2019. Doi: 10.2147/CIA.S189560. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6363394/pdf/cia-14-231.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

I-MIN, L. *et al.* Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non- Communicable Diseases. *Lancet*, London, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.



Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645500/pdf/nihms385288.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

KLEIN, S. K. *et al.* Qualidade de vida e níveis de atividade física de moradores de residências terapêuticas do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1521-1530, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.13432016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6YmCcmh5fGpJSM8JGYVc9XH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2021.

LADE, C. *et al.* Nível de atividade física habitual em portadores e não portadores de neuropatia diabética. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 324-333, 2016. Doi: 10.12820/rbafs.v.21n4p324-333. Disponível em: <https://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/7635/pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

MANTA, S. W. *et al.* Planejamento em saúde sobre práticas corporais e atividade física no Programa Academia da Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Florianópolis, v. 25, p. 1-6, 2020. Doi: 10.12820/rbafs.25e0168. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14313>. Acesso em: 16 mar. 2021..

MOITA, G. F.; MELO, C. M. E. O impacto das cirurgias estéticas na qualidade de vida e aspectos psicossociais de pacientes– whoqol-bref aplicado no estudo de caso em uma clínica em Fortaleza-Brasil. *RAHIS*, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 119-144, 21 maio 2018. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/119->. Acesso em: 16 mar. 2021.

MOLINA, N. P. F. M. *et al.* Religiousity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, p. 1-15, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0468>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4bXgP67Sc64r55HNjz78ShN/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 21 jan. 2021.

NORONHA, D. D. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 463-474, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.01102015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TDZ6LjcXpgc3RS3ZQddkVtP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2021

PEREIRA, D. S. de L.; OLIVEIRA, A. S. de; OLIVEIRA, R. E. M. de. Avaliação do perfil de estilo de vida de usuários que praticam exercício físico regular comparado a usuários sedentários inseridos em uma estratégia de saúde da família–região sudeste do brasil. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 30–39, 2017. Doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15877>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15877/8266>. Acesso em: 2 fev. 2021.

PETTRES, A. A.; ROS, M. A. A. Determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Matinhos, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018. Disponível em: <https://revista.>



acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375. Acesso em: 2 fev. 2021.

REIS, H. H. T.; MARINS, J. C. B. Nível de atividade física de diabéticos e hipertensos atendidos em um centro hiperdia. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 24, n. 3, p. 25, 29 set. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320216852_NIVEL_DE_ATIVIDADE_FISICA_DE_DIABETICOS_E_HIPERTENS_OS_ATENDIDOS_EM_UM_CENTRO_HIPERDIA. Acesso em: 2 fev. 2021.

RIBEIRO, C. G.; FERRETTI, F.; SÁ, C. A. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 330-339, maio 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160110>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/KHcrbBkrhRW6W6bN5kGwyJC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2021.

SANTOS, A. L. B. *et al.* Representações sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde do Brasil acerca das práticas corporais / atividades físicas na atenção primária à saúde. *Investigação Qualitativa em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 1436-1445, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/901/88>. Acesso em: 2 fev. 2021.

SILVA, J. F. da *et al.* Análise comparativa da qualidade de vida de idosas praticantes de exercícios físicos em centros esportivos e nas academias da terceira idade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, p. 285-298, 2016a. Doi: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v13i3.5726>. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5726/pdf>. Acesso em: 3 mar. 2021.

SILVA, P. *et al.* Qualidade de vida e nível de atividade física de idosos normotensos e hipertensos cadastrados na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Trindade, v. 21, n. 3, p. 220-227, 2016b. Doi: 10.12820/rbafs.v.21n3p220-227. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/6837>. Acesso em: 2 fev. 2021.

TRIGUEIRO, L. C. L. *et al.* Perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência física. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 223-227, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/8TwzpC8yrD4PqmLYvYdPdpk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 07 de março de 2022.

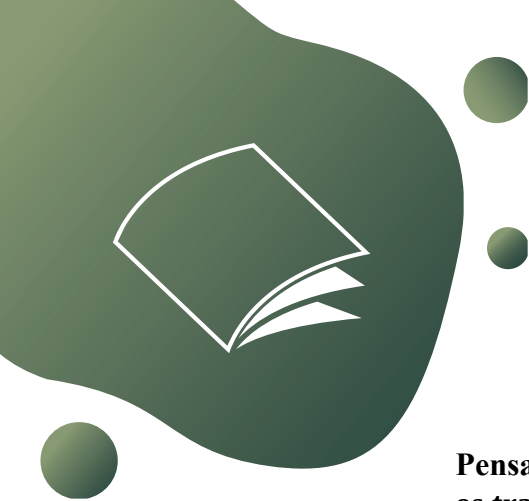
Aceito em 20 de abril de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SOUZA, Emerson Fernando Xavier; COSTA, Tiago de Miranda; OLIVEIRA, Bruce Ollyver Paulo de; *et al.*. Qualidade de vida e nível de atividade física em usuários de uma unidade de saúde da família de Caruaru-PE. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 104-121, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-9>
<https://revista.ghc.com.br/>

Pensar a Residência Multiprofissional em pandemia: uma análise sobre os trabalhos de conclusão e a produção do conhecimento

Pensar la residencia en pandemia: un análisis sobre los trcs y la producción del conocimiento

Thinking about residency in a pandemic: An analysis of residency completion works and knowledge production

Cassio Andrade Machado ¹

Lilian Alves Schmitt ²

Lidiele Berriel de Medeiros ³

¹Bacharel (PUCRS) e Licenciado (UFRGS) em Psicologia, especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde (UFRGS) e Residência em Saúde da Família e Comunidade (GHC). Mestrando em Ciências da Saúde (UFCSPA). Atua como Técnico em Educação no GHC.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, coleta dos dados, análise dos dados, organização e revisão do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7658-0211>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1408118763899085>

E-mail: cassioandrademachado@gmail.com

²Bacharela (PUCRS) e Licenciada (UFRGS) em Ciências Biológicas. Mestre e Doutora em Educação (PUCRS), Linha de pesquisa Teorias e Culturas em Educação. Atua na Universidade Federal do Rio Grande (FURG) como professora e pesquisadora no Instituto de Educação.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, análise dos dados, organização e revisão do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5136-2971>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/673296487771880>

E-mail: lilian.schmitt@gmail.com

³Artista visual e arte-educadora (UFRGS), especialista em Arteterapia (INFAPA), Residência em Saúde Mental Coletiva (ESP-RS) e mestrado em Saúde Coletiva (UFRGS). Doutoranda em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Atua como Técnica em Educação no GHC.

Contribuição de autoria: Organização e revisão do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7757-5441>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/864279899987216>

E-mail: lidiele@gmail.com

RESUMO

O presente artigo apresenta uma revisão narrativa sobre a temática e o acesso aos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCRs) de quatro instituições de saúde de Porto Alegre, defendidos entre dezembro de 2020 e março de 2021. Por isso, buscou-se perceber os atravessamentos da pandemia da Covid-19 nas produções dos residentes, fornecendo, assim, uma perspectiva atual sobre como o tema foi explorado, além de analisar os modos de consulta a essas produções. Obteve-se acesso a uma totalidade de 95 trabalhos, oriundos de duas das quatro instituições pesquisadas. Destes, 34 puderam ser acessados digitalmente, e 61, fisicamente. Dos 95 trabalhos analisados, apenas 14 versaram acerca do tema pandemia, constituindo 14,73% da totalidade analisada. Em 10 trabalhos, o evento surge como contexto e/ou justificativa para a escolha metodológica, porém não se constitui como elemento central na análise; nos 4 trabalhos restantes, a pandemia aparece como elemento central no objeto de pesquisa, sendo que a análise compreende seus efeitos em algum aspecto relacionado à área da saúde. Discutindo esses dados à luz das políticas públicas e normativas que orientam a Residência Multiprofissional em Saúde, bem como de autores que discutem a temática, salienta-se a necessidade inexorável de pensar e produzir reflexão sobre o presente como compromisso para a formação de serviço que o programa constitui, assim como para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: internato não médico; COVID-19; educação em saúde.

RESUMEN

Este artículo presenta una revisión narrativa sobre el tema y el acceso a las Obras de Terminación de Residencia (TCR) de cuatro instituciones de salud en Porto Alegre, defendidas entre diciembre de 2020 y marzo de 2021. Por lo tanto, buscamos comprender los cruces de la pandemia de la Covid-19 en el producciones de los residentes, brindando así una perspectiva actual sobre cómo se exploró el tema, además de analizar las formas de consulta de estas producciones. Se obtuvo acceso a un total de 95 obras, provenientes de dos de las cuatro instituciones encuestadas. De estos, se pudo acceder a 34 de forma digital y 61 de forma física. De los 95 trabajos analizados, solo 14 trataron el tema de la pandemia, constituyendo el 14,73% del total analizado. En 10 trabajos, el evento aparece como contexto y/o justificación de la elección metodológica, pero no es un elemento central en el análisis; en los 4 trabajos restantes, la pandemia aparece como elemento central en el objeto de investigación, y el análisis incluye sus efectos en algún aspecto relacionado con el área de la salud. Discutiendo estos datos a la luz de las políticas públicas y normativas que orientan la Residencia Multiprofesional en Salud, así como de los autores que discuten el tema, la inexorable necesidad de pensar y producir reflexión sobre el presente como compromiso con la formación de servicio que el constituye el programa, así como para el fortalecimiento del Sistema Único de Salud (SUS).

Palabras clave: internado no médico; COVID-19; educación en salud.

ABSTRACT

This article presents a narrative review on the theme and access to the Residency Final Papers of four health institutions in Porto Alegre, defended between December 2020 and March 2021. The aim was to understand the crossings of the Covid-19 pandemic in the residents'



productions, and thus provide a current perspective on how the theme was explored, in addition to analyzing the ways of consulting these productions. A total of 95 studies were accessed, from two of the four researched institutions. Of these, 34 could be accessed digitally, and 61 physically. Of the 95 papers analyzed, only 14 addressed the pandemic in some way, constituting 14,73% of the total analyzed. In 10 papers the event appears as a context and/or justification for the methodological choice, but it is not a central element in the analysis; in the other 4, the pandemic appears as a central element in the research object and the analysis includes its effects in some aspect related to health. Discussing these data in the light of public policies and norms that guide the *Residência Multiprofissional em Saúde*, as well as authors who discuss the theme, we highlight the inexorable need to think and produce reflection on the present as a commitment to the service training that the program constitutes and to the strengthening of the *Sistema Único de Saúde*.

Keywords: internship nonmedical; COVID-19; health education.

INTRODUÇÃO

O projeto de Reforma Sanitária Brasileira corresponde a uma bandeira do setor da saúde, mas ele vai além, pois se relaciona com uma compreensão da saúde como fenômeno complexo e multifatorial, o qual engloba questões relacionadas aos indicadores de saúde, à organização das instituições que atuam no setor, à produção de medicamentos e equipamentos e à formação dos trabalhadores de saúde (PEREIRA; LIMA, 2008). Apresentada na Constituição Federal como direito de todos e dever do estado, a saúde é condição a ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que busquem não só a redução do risco de doenças e outros agravos, mas também o acesso universal e igualitário às ações e serviços para viabilização de sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição salienta ainda que a saúde possui relevância pública, e entre as atribuições deste campo e do Sistema Único de Saúde (SUS) estão: ordenar a formação de recursos humanos na área e incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação (BRASIL. [Constituição (1988)], 2021). Associadas a essas atribuições encontram-se os programas de Residência Multiprofissional em Saúde, instituídos em 2005, por meio da Lei Federal 11.129, como modalidade de especialização em Área Profissional (BATISTA, 2018).

Para Ceccim (2010), a “Residência em Saúde configura-se como um tripé de inovações, no qual: i) instâncias de ensino apresentam-se como formadoras; ii) instâncias de trabalho atuam como campo demandante – tanto de tecnologias quanto de sujeitos “capacitados”; iii) instâncias governamentais manobram incentivos e fomentos no interesse da sociedade”. Os programas de residência organizam-se como cursos de especialização que integram ensino em serviço, desenvolvendo parte de sua carga horária em ações de cuidado nos serviços de saúde, ao passo que outra parcela é realizada em espaços de formação – aulas em hospitais, universidades e outras instituições-referência na produção de conhecimento em saúde. O trânsito entre espaços de prática e de formação colabora com a legitimação e a consolidação da residência como formação “padrão-ouro” na área da saúde.

De acordo com o Ministério da Educação (MEC), entre os cursos de nível superior, cujos graduados são aceitos em programas de residência, estão: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica. O MEC regulamenta ainda que, para ser considerado curso de especialização, o programa deve se enquadrar



em alguns critérios, como oferecer carga horária teórica de no mínimo 360 horas e exigir apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (BRASIL. Ministério da Educação, 2007). No âmbito dos programas de residência, a carga horária total mínima é de 5760 horas (BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2010) e os trabalhos finais são denominados Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

Por ofertar grande parte de sua carga horária em campos de atuação, como, por exemplo: Postos de Saúde da Família (PSFs), Hospitais, Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), os programas de residência têm, no TCR, o objetivo de estabelecer uma relação intrínseca com a prática profissional do residente. Nesse sentido, o TCR é um trabalho proveniente desta prática em campo, exercida no SUS e, portanto, a ele atrelado. Para além desta definição, entende-se que o TCR compreende umas das principais possibilidades de deslocamento para o profissional, que, imerso em seus campos de prática, amplia, por meio da escrita, dos registros e das reflexões, a elaboração de sua experiência. Partindo de tais vivências, a escrita do TCR abriga também o potencial de produção de conhecimento.

Conforme a publicação *Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*:

[...] os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, **tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações**, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 3. Grifo dos autores).

Entendendo, a partir de Foucault (1988), que o papel do intelectual – aqui empregado como sujeito em formação institucional, no caso, o sujeito-residente – é pensar o presente, se faz necessária a reflexão sobre alguns pontos nodais envolvendo aspectos ligados à implicação dos profissionais na reflexão sobre o tempo (pandêmico) vivido, considerando todas as repercussões que a eclosão da pandemia de Covid-19 trouxe às nossas vidas desde o início de 2020. Tendo em vista as intencionalidades dos programas de residência apontadas, bem como o contexto sobre o qual esta análise é construída, surgem algumas perguntas sobre os TCRs: Quais são os temas das recentes produções, uma vez que estas, de acordo com o que preconizam os próprios programas de residência, necessitam estar em relação com as demandas locais e regionais? Como esses trabalhos e produções têm sido/são disponibilizados para o público?

Com tais questões, intenta-se estabelecer aqui o exercício da crítica, que, segundo o fluxo interpretativo de Foucault (1995), é o posicionamento de pensar que permite com que as coisas possam ser vistas diferente daquilo que vinham sendo. Nesta aposta, almeja-se a inquietar-se frente a formação de profissionais da saúde, com o objetivo de mostrar como as relações entre prática e teoria têm-se desdobrado nos campos de prática de diferentes Programas de Residência. Não se quer avaliar as produções e experiências oriundas da residência, mas refletir sobre elas e a sua disponibilização ao grande público, trazendo uma análise que, ainda que parcial, possa contribuir para qualificar o debate



em saúde pública.

Como questão pública transversal e global, o ano de 2020 impôs desafios a todas as categorias profissionais da saúde. Todos os serviços de saúde foram impactados de alguma forma, tendo alguns passado por efeitos mais dramáticos do que outros. Consequentemente, profissionais, residentes e estagiários vinculados a estes também sofreram tal vivência no âmbito da pandemia de diferentes formas. O contexto pandêmico carregou consigo, entre outros aspectos, o estímulo à divulgação científica, que, conforme Mansur *et al.* (2021), angariou relevância internacional, em parte como resposta ao movimento anticiência, mas também em decorrência de uma ampliação da compreensão acerca da relação entre produção científica e interesses políticos e econômicos. Importante salientar que interesses políticos, desde a perspectiva deste artigo, guardam relação com o que descrevem Passos e Benevides (2009) sobre a necessidade de ampliarmos o sentido do termo política para além do domínio das práticas relativas ao Estado. A partir dos autores, faz sentido chamarmos política a atividade humana que, envolvendo o poder, coloca em jogo os sujeitos, articulando-os segundo regras ou normas não necessariamente ligadas a um âmbito jurídico. A partir de Foucault (1977), desloca-se a política de um centro de poder (o Estado), entendendo-a como um conjunto de arranjos múltiplos (FOUCAULT, 1977).

Considerando a Residência como modalidade de formação fundamental para o preparo de profissionais qualificados na atenção à saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005) e seguindo um percurso atento às necessidades de problematizar os discursos relacionados ao campo da saúde (MACHADO *et al.*, 2020), elaboramos uma revisão narrativa sobre a temática e o acesso aos TCRs de quatro instituições de saúde de Porto Alegre: o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Complexo Hospitalar Santa Casa, o Grupo Hospitalar Conceição e o Hospital São Lucas, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

PERCURSO METODOLÓGICO

Desenvolveu-se uma revisão narrativa de literatura, que, de acordo com Gregory e Dennis (2018), se apresenta como uma metodologia indicada à abordagem em uma perspectiva abrangente de um determinado tema, a fim de descrever padrões, controvérsias e caminhos possíveis para uma tomada de posição frente ao apresentado. Para Elias *et al.*, (2012), “as revisões narrativas são essenciais para o desenvolvimento e a atualização de conhecimentos no que se refere a uma temática específica, desvelando subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase”.

Ao viabilizarem um ponto de ancoragem para a orientação de práticas pedagógicas na formação de profissionais da área da saúde, Vosgerau e Romanowski (2014) descrevem as relações possíveis entre revisões narrativas e formação continuada. Para as autoras, o conjunto de dados provenientes das revisões narrativas deve ser sistematizado, com o intuito de viabilizar sua análise e, consequentemente, permitir a elaboração de ensaios de contextualização e problematização. Com o



objetivo de perceber os atravessamentos da pandemia nas produções dos residentes e, assim, fornecer uma perspectiva atual sobre como o tema foi explorado, bem como apontar a necessidade de desenvolvimento de propostas de formação, fez-se a revisão dos TCRs.

Em virtude dos distintos dispositivos de consulta e das formas de acesso aos TCRs apresentados pelas instituições, os processos de pesquisa envolvendo tais documentos serão descritos a partir das trajetórias de acesso em cada uma das instituições, seguindo a abordagem de Vidal e Fukushima (2021). Trabalhou-se com dados já publicados, ou seja, de domínio público, e foram cumpridos os pressupostos éticos da Resolução CNS/CONEP 510/16.

Os programas de residência que compõem o universo desta análise foram escolhidos seguindo dois critérios: o fato de vincularem-se a instituições hospitalares de saúde e a presença de biblioteca on-line nas instituições. Considerando o início da pandemia entre dezembro de 2019 e março de 2020, assim como o período de 2 anos dos programas de residência, optou-se pelo recorte de trabalhos concluídos entre dezembro de 2020 e março de 2021, devido à convergência entre primeiro ano de pandemia e segundo ano de residência, período no qual os TCRs são realizados.

Partindo da hipótese de que há um compromisso das instituições em divulgar as produções de seus Programas – em virtude de suas características e de seus objetivos –, primeiramente se explorou o acesso eletrônico aos trabalhos, já que todas as instituições apresentavam este tipo de repositório. Nesta etapa da pesquisa, encontrou-se o seguinte cenário:

a. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), houve a possibilidade de acesso direto na biblioteca on-line a todos os trabalhos de conclusão ligados aos Programas de Residência produzidos no período de interesse;

b. No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), encontrou-se o site no *status* de manutenção, e por meio de contato telefônico com a Biblioteca da instituição, foi confirmada a possibilidade de acesso para consulta física a todos os trabalhos de conclusão ligados aos Programas de Residência produzidos no período de interesse;

c. No Hospital Santa Casa, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, não foi possível o acesso às publicações dos Programas de Residência. Por meio de contato telefônico, foi comunicada a impossibilidade de seu acesso por meio digital ou físico, pois, segundo as informações disponibilizadas, a Biblioteca não é repositório dos trabalhos dos Programas de Residência. O setor indicou o contato com a Coordenação dos Programas, a qual informou que não disponibiliza na íntegra os documentos, justificando que há um seminário anual de partilha de práticas dos residentes, com o intuito da divulgação dos trabalhos, e os anais são disponibilizados no site do Programa. O Seminário não aconteceu em virtude da pandemia e, com isso, a publicação dos trabalhos nos anais do evento – até a ocasião da conclusão desta pesquisa – também não ocorreu.

d. No Hospital São Lucas, vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), não foi possível também o acesso aos trabalhos elaborados pelos residentes do período. Após



a tentativa de busca on-line, houve então o contato telefônico com a Biblioteca Universitária, que informou não ser repositório dos trabalhos dos profissionais residentes e orientou contato com a coordenação dos Programas de Residência. A Coordenação, via telefone, explicou que os trabalhos elaborados pelos residentes são “arquivados internamente”, o que, no caso, impossibilita qualquer tipo de acesso público.

Assim, obteve-se acesso a uma totalidade de 95 trabalhos. Destes, 34 deles acessados digitalmente e provenientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e 62 acessados fisicamente e provenientes do Grupo Hospitalar Conceição. Os trabalhos foram consultados e tiveram seus dados tabulados conforme as seguintes informações: nome da instituição de origem, nome do programa de residência (multidisciplinar ou área específica), campo de atuação do autor (refere-se a um serviço ou tipo de serviço em saúde, tais como saúde mental, atenção ao paciente crítico e atenção básica), núcleo profissional (que corresponde à categoria profissional), nome do autor, título do trabalho e resumo do TCR. Foram averiguados, nos títulos e resumos dos 95 trabalhos, os seguintes descritores: covid-19; coronavírus; pandemia; pandêmico.

RESULTADOS

Dos 95 trabalhos analisados, 14 apresentaram os descritores pesquisados, sendo 6 destes trabalhos provenientes do Programa do HCPA e 8 do Programa do GHC.

A partir da leitura dos títulos e resumos, os trabalhos foram organizados em duas categorias, de acordo com a relação que estes estabelecem com o contexto da pandemia. Dos 14 trabalhos onde o tema da pandemia está presente, em 10 (sendo destes 3 provenientes do Programa do HCPA e 7 do Programa do GHC), a pandemia aparece como contexto e justificativa para a escolha metodológica do Trabalho de Conclusão. Nesta categoria, os autores abordam em sua escrita a pandemia, fazem alusão ao contexto pandêmico, mas não o tomam como elemento central na análise. Em que pese a ocorrência dos descritores, até mesmo no título e resumos de alguns dos trabalhos, a presença do tema é secundária (Tabela 1).

Tabela 1 – Trabalhos de Conclusão de Residência com a pandemia como contexto e justificativa para a escolha metodológica.

Instituição	Programa	Campo	Núcleo	Autor	Título
HCPA	RIMS	Atenção Primária à Saúde	Serviço Social	Kassiane Flori do Nascimento	Abordagem à População em situação de rua a partir de uma Unidade Básica de Saúde: um relato de experiência



HCPA	RIMS	Atenção Integral ao Usuário de Drogas	Serviço Social	Cristiane Schossler Garcia Nunes	Por elas: enfrentamento nas relações de cuidado de usuários com transtorno de uso de substâncias na perspectiva de gênero
HCPA	RIMS	Atenção Integral ao Usuário de Drogas	Enfermagem	Kellen da Silva	Prazer e sofrimento de trabalhadores da equipe multiprofissional de um serviço de psiquiatria em adição
GHC	RIMS	Saúde Mental	Psicologia	Gabriel Engelman de Leon Madeira	De derivas pandêmicas a <i>frankensteins</i> conceituais: breve romance entre ciência e saber, mente e cérebro
GHC	RIMS	Saúde Mental	Psicologia	Elisa Cainelli Andreola	Cartografias da autonomia e enlaces do desejo: tensões e construções no campo da saúde mental
GHC	RIMS	Saúde Mental	T e r a p i a Ocupacional	Ana Carolina Pesanha Teixeira Mendonça	Dança na corda bamba de sombrinha: uma cartografia social sobre saúde mental, política, música em tempos pandêmicos
GHC	RIMS	Saúde Mental	Enfermagem	Anelise Castro Ignacio	A construção e adaptação da história infantil como abordagem terapêutica no contexto da pandemia
GHC	RIMS	Saúde da Família e Comunidade	Serviço Social	Taissa Tais Kirst	Narrar em Saúde: ressignificando a experiência em grupo
GHC	RIMS	Saúde da Família e Comunidade	Serviço Social	Eliziane Zorzi	Uma residente em pandemia
GHC	RIMS	Saúde da Família e Comunidade	Psicologia	Leticia Dalla Costa	Tentativas de bons contágios: cartas de uma residente multiprofissional em saúde em meio à pandemia de covid-19

Fonte: Do autor.



Nos demais trabalhos (sendo destes 3 provenientes do Programa do HCPA e 1 do Programa do GHC), a pandemia aparece como elemento central no objeto de pesquisa, e a análise compreende os efeitos da pandemia em algum aspecto relacionado à área da saúde. Nesta categoria, o contexto da pandemia é o eixo que estrutura a análise (Tabela 2).

Tabela 2 – Trabalhos de Conclusão de Residência com a pandemia como objeto de pesquisa.

Instituição	Programa	Campo	Núcleo	Autor	Título
HCPA	RIMS	S a ú d e Mental	Psicologia	Bruna Luísa Ferlin Ribeiro	COVID-19: repercussões do isolamento social na saúde mental infanto-juvenil
HCPA	RIMS	S a ú d e Mental	Enfermagem	Dienifer Farias König	Impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental dos profissionais da saúde
HCPA	RIMS	Adulto Crítico	Psicologia	Cristiane Rodrigues Lopes	Teleatendimento psicológico aos familiares de pacientes com covid-19 em UTI: percepção das profissionais
GHC	RIMS	Atenção ao Paciente Crítico	Fisioterapia	Deborah Krawczyk da Cruz	Avaliação da fragilidade prévia dos pacientes com diagnóstico de coronavírus (covid-19) em uma UTI

Fonte: Do autor.

DAS POSIÇÕES E SUAS IMPLICAÇÕES

Um dos pontos de partida para a discussão dos TCRs relaciona-se ao Parecer Técnico N° 106/2020, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), relativo à condução dos programas de residência durante a pandemia. Nele, quanto aos trabalhos de conclusão, o CNS orienta que:

trabalhos de Conclusão de Residência **poderão ser incentivados em busca de conhecimento e ação em epidemias e pandemias, sobre coronavírus e a Covid-19**, sobre biossegurança nos serviços de saúde, no ambiente e no domicílio, sobre ação comunitária e assistência hospitalar, sobre medidas de emergência em saúde pública e similares, sobre uso e preparação de produtos sanitizantes, com base nas temáticas e intervenções de cada programa de residência (BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2020, p. 8. Grifo dos autores).

Em que pese o fato de que as orientações relativas aos programas de residência caberiam à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) – que, segundo a mesma nota do CNS (BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2020), desde 2019, tem sido esvaziada como espaço de decisão política e de debate acerca dos temas emergentes do campo da saúde –, entende-se que o parecer técnico divulgado pelo CNS, ainda em março de 2020, é um documento importante. Sua orientação tem grande relevância, ao reforçar a necessidade do envolvimento do trabalho dos residentes frente ao contexto vivido. O parecer técnico reitera as orientações sobre os Programas, destacando a importância da formação em serviço e a necessidade de resolubilidade de serviços e redes:

a formação em serviço, característica dos Programas de Residências em Saúde, proporciona não somente a qualificação dos trabalhadores do SUS, mas também o desenvolvimento do próprio sistema de saúde, partindo da análise de situação de saúde em



termos de necessidades da população; oferta de serviços e redes; padrões demográficos, epidemiológicos e culturais; estratégias de equipe e de interprofissionalidade e projetos de intervenção pela qualidade da atenção, gestão, formação e participação. Por isso, **deve ser pautada pela resolubilidade de serviços e redes, correspondendo à melhor interpretação das necessidades em saúde e adequada escuta às pessoas e às instâncias de controle social** (BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2020, p. 4. Grifo dos autores).

Os dados encontrados a partir da análise dos TCRs sugerem a possibilidade de que tal demanda pautada pelo contexto parece não ter sido acolhida e incentivada localmente – dentro dos Programas de Residência – em relação ao alinhamento dos temas de pesquisa ao contexto da pandemia. Ainda, caso esse incentivo tenha se dado de certo modo, talvez as estratégias para tal pudessem ser ampliadas, de modo a garantir maior consistência e robustez na narrativa e análise sobre a ação desses profissionais submetidos a tal contingência, considerando que entre os 95 trabalhos analisados, 10 abordaram a pandemia e apenas 4 tomaram-na como objeto central em sua análise. Esta análise corresponde, de certa forma, à elaborada por Carvalho, Lima e Coeli (2020), os quais indicaram que das 3.300 submissões realizadas a um periódico de saúde pública brasileiro, apenas 20% abordavam a Covid-19. Nos TCRs aqui analisados, esse percentual foi significativamente menor, representando 3,8%. Dessa forma, é possível destacar pontos relacionados à questão da implicação dos residentes em relação ao tema da pandemia. Se pensarmos que, ao estabelecerem narrativas sobre o presente, os residentes apresentam realidades e, com isso, necessariamente se posicionam politicamente, a ausência de tais análises como trabalhadores da saúde também nos dá pistas desse posicionamento político.

Olhando para os trabalhos analisados, concretamente para o fato de que no universo de 95 trabalhos acessados, apenas 14 deles contemplaram a temática da pandemia, reverbera a pergunta: De que maneira tais sujeitos significam a experiência profissional de viver em um contexto de crise sanitária que – no Brasil – durante o ano de 2020 foram ceifadas a vida de 230.452 mil brasileiros (LEVY, 2021).

Os residentes se colocam como sujeitos inovadores, questionadores e profissionais singulares (DALLEGRAVE; KRUSE, 2010). Nas palavras de Lessa (2000, p. 109), é possível designá-los devido a uma “postura profissional que favorece a assistência integral, a comunicação com a comunidade e estimula o controle e a participação social”. Há, desde a perspectiva deste artigo, um ponto importante a ser pensado no trabalho em residência – e não só nesse espaço de formação, mas em outros tantos, como movimentos sociais, escolas, entre outros espaços educativos –, ou seja, necessidade inexorável de pensar e produzir reflexão sobre o presente. A defesa que fazemos aqui está ancorada nas intencionalidades apresentadas pelos documentos que orientam os Programas de Residência e que entendemos como imprescindíveis, sobretudo no momento em que pelo qual o país está atravessando. Salientamos a necessidade de articulação institucional que conflua com os pontos apresentados e que garanta o acesso à produção de conhecimento em saúde, aspecto que, se ausente, rompe com a intencionalidade estabelecida como orientadora aos Programas de Residência em termos da popularização dos conhecimentos em saúde.



Para Oliveira e Guareschi (2010), “o objetivo geral da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é a formação de trabalhadores com capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnico, administrativo e político”. Para as autoras, o plano técnico refere-se ao aperfeiçoamento dos conhecimentos, o plano administrativo relaciona-se à participação em processos de gestão em cenários contemporâneos e o plano político diz respeito à formação de pensamento crítico sobre os modos de pensar e fazer saúde. Em diálogo com os autores, percebe-se, pela análise dos TCRs, a necessidade de maior atenção para a gestão dos problemas contemporâneos e a abordagem da formação de pensamento crítico, levando-se em conta o número ínfimo de trabalhos que abordaram, em algum momento, a pandemia – evento que alterou de forma substancial a vida da população brasileira e impactou sobremaneira o setor da saúde no País. O que justificaria a ausência do tema da pandemia nos TCRs, considerando o caráter do programa e a indicação de que a produção de conhecimento deve estar assentada nas questões que atravessam a população brasileira? Questões abertas nesta investigação e que podem ser abordadas futuramente, em outros trabalhos.

Segundo Ceccon e Schineider (2021), “a pandemia tem colaborado com a criação de um imaginário social relacionado à defesa irrestrita da vida, pautado por um paradigma biomédico, evidenciado nas estratégias de prevenção que desconsideram determinantes sociais da saúde”. Nesse sentido, conforme o autor, as tecnologias duras centralizam as abordagens de prevenção na pandemia. Para Merhy (1997), “o trabalho é atravessado por três formas de tecnologia, a saber: as tecnologias duras, relacionadas aos equipamentos, máquinas e estruturas; as tecnologias leve-duras, correspondentes aos saberes que direcionam o trabalho como normas, protocolos e conhecimentos específicos de áreas das áreas de atuação; e as tecnologias leves, produzidas no trabalho vivo em ato, no encontro, responsável pela criação de vínculo, responsabilização e autonomização”. Se, para o autor, torna-se vital a efetivação das tecnologias leves em articulação com as demais tecnologias, no mesmo sentido, Ceccon e Schineider (2021) afirma que a efetividade no enfrentamento da pandemia está relacionada à inclusão de tecnologias leves nos processos de trabalho.

Nesse sentido, atendendo à inserção e à distribuição dos residentes nos serviços, bem como à característica de não serem trabalhadores institucionalizados (permanecendo, no máximo, por dois anos no mesmo local), percebemos que estes são atores ímpares para o fortalecimento das tecnologias no SUS. Entretanto, a não abordagem ou a abordagem superficial de um evento da magnitude da pandemia de Covid-19 nos TCRs pode indicar um distanciamento dessa possibilidade e a aproximação de uma perspectiva centralizada nas tecnologias leve-duras. Nessa perspectiva, os conhecimentos específicos de cada área estão a serviço do atendimento de demandas identificadas *a priori*, minorando-se o espaço para o hoje nas práticas cotidianas.

Para Ceccon e Schineider (2021), “são as tecnologias duras que se encontram no centro do debate sobre a pandemia – respiradores, leitos, equipamentos de proteção – não sem sua devida relevância”. No entanto, há uma desproporção no enfoque em relação a uma abordagem crítica da



implicação do residente-pesquisador. O autor arrazoa que a educação em saúde se apresenta como um exercício cotidiano na produção de sentidos acerca de conceitos entendidos como distantes. A educação em saúde também funciona como o exercício da apropriação de orientações e decretos, um movimento imprescindível ao longo da pandemia.

Segundo Kropf *et al.* (2021), “as emergências de caráter global intensificam a aceleração do presente, tornando a sua interpretação desafiadora”. No tocante à pandemia, o desafio cresce frente aos impactos gerados em diversos setores. Para os autores, debruçar-se sobre uma instituição de saúde durante esse cenário torna-se uma experiência ímpar para observar a “ciência em ação”. Nesse sentido, a residência, suas produções e atravessamentos tornam-se pontos essenciais para análise. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), “a formação dos profissionais de saúde transborda o domínio técnico-científico e alastra-se para aspectos estruturantes de relações e práticas em todo fenômeno que qualifica a saúde da população”. Ou seja, a formação se dá não apenas voltada para o espectro saúde-doença, mas também a processos de gestão e estruturação do cuidado. Para Feuerwerker (2002), “a formação dos profissionais em saúde tem se mantido alheia ao debate crítico e inacessível à participação da sociedade, reforçando, assim, um modelo essencialmente conservador”. Os serviços de saúde, segundo Campos (2003), devem ampliar a capacidade do usuário de se pensar, mas, para isso, se faz necessário (re)pensar propostas de saúde que reforcem a Educação em Saúde. Para que se alcance tal objetivo, as práticas educativas precisam ser pensadas desde o interesse público, como responsabilidade da formação acadêmico-científica (CECCIM, 2002).

A residência está intrinsecamente atrelada a um contexto não apenas acadêmico – em que a ciência sem muros e a divulgação das produções se tornam pautas recentes e disputadas nas atuais instituições relacionadas à produção de pesquisa –, mas também político, em que os programas se encontram subordinados à pauta ideológica da gestão política nacional. Nesse sentido, apontam-se dois aspectos aqui tidos como relevantes: i) a situação das bibliotecas institucionais, tendo em conta a dificuldade de acesso ao material estudado; ii) o não acesso a dados de instituições não públicas, aqui sem fins lucrativos e comunitárias, ponto que requer destaque, considerando que as verbas dos programas de residência, que majoritariamente são utilizadas para a manutenção desses programas, são públicas.

O conceito de saúde expresso pelo SUS compreende que ela está vinculada a determinantes sociais, como alimentação, moradia, saneamento, transporte, meio ambiente, educação, entre outros (BRASIL [Constituição (1988)], 2021). Tal concepção vai de encontro à visão biomédica e nos leva a pensar que produzir saúde ultrapassa a identificação de sintomas e tratamentos, envolvendo também a promoção de condições de vida satisfatórias. A visão de saúde é ampliada e complexificada, ultrapassa a dimensão individual dessa produção e aloca-se como debate público, relacionando-a à garantia de direitos à produção e manutenção da vida comum. Assim, a articulação entre espaços e processos formativos em saúde e as demandas impostas pelo social parece colocar-se como o esforço necessário



aos Programas e a seus residentes.

Segundo Silva e Caballero (2010, p. 69), “proposições interventoras no âmbito da formação estão ligadas aos trabalhos dos TCR com pesquisas implicadas em problematizar as realidades do cotidiano do trabalho”. Ainda conforme os autores, “a residência requer continuamente autoanálise e questionamento de si, onde o interrogar-se torna condição para anunciar a manutenção da potência transformadora” (SILVA; CABALLERO, 2010, p. 70). O processo de produção de escrita científica configura-se como um desafio necessário no campo de práticas em saúde. Nesse sentido, os TCRs podem tornar referências importantes neste debate. Pensar a trajetória do projeto (escolha de temas, objetivos e métodos) e a sua publicização colabora com a compreensão do fenômeno e, por consequência, qualifica o seu desenvolvimento. Repensar a importância do acesso a essas publicações e o apoio institucional para a operacionalização desse processo, como, por exemplo, a destinação de recursos humanos e materiais para o desempenho dessas atividades, não pode ser desconsiderado. Destaca-se que a participação da comunidade é um dos princípios do SUS, e a mesma não se torna consistente sem acesso amplo à informação. Partindo de uma análise particular, constata-se um consenso na comunidade científica: a necessidade de compartilhar a ciência construída nos distintos espaços de sua produção. Junto a autores como Minayo e Gomes (2015, p. 2020), entende-se que a “produção e a divulgação científica constituem um ecossistema que precisa ser alimentado e tratado no seu todo e em cada um dos seus componentes”, tanto pelos que formulam as políticas relacionadas à ciência, como também pelos sujeitos diretamente envolvidos na produção do conhecimento.

Considera-se, sobretudo, que os trabalhos analisados – TCRs 2021 – dizem respeito a cursos com ingresso no primeiro semestre de 2019, um ano antes da declaração de estado de pandemia no Brasil. Os projetos de pesquisa podem ter sido elaborados no decorrer de 2019 e entraves técnico-burocráticos poderiam dificultar e até mesmo impedir a troca de tema de pesquisa. Ao realizar-se esta análise, quisemos dar foco à implicação dos profissionais residentes na reflexão sobre as experiências vividas no contexto da pandemia. Entende-se aqui que não se trata de atacar as práticas de ação-investigação produzidas, nem as instituições, mas de defendê-las contra uma imagem de autoridade deslocada daquilo que constitui sua potência: a implicação no vivido, a capacidade de articulação entre os conhecimentos técnicos, a dimensão política e a demanda do campo (pandêmico) de práticas. Entende-se que o papel do residente em sua prática reflexiva é pensar o presente e, além disso, analisar as implicações de sua produção, pois, fazendo-se coro à insistência de Stengers (2015, p. 89), reitera-se aqui que, no contexto da saúde pública atual, precisamos “de pesquisadores capazes de participar da criação das respostas de que depende a possibilidade de um futuro não bárbaro (...)”. O futuro não bárbaro depende de muitas variáveis, mas implica, certamente, a reflexão cuidadosa e rigorosa sobre o presente. Desde a perspectiva metodológica, o desafio é “[...] propor alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde, entendendo ser esta uma tarefa para todos os que estão implicados na construção de políticas públicas de saúde” (ESCOSSIA, 2009, p. 692).



Entendemos, com Vidal e Fukushima (2021, p. 2), que é importante “evitar conclusões que não levem em consideração a complexidade do assunto em questão, como quando são realizadas afirmativas causais desconsiderando o grau de (in)certeza ou a qualidade das evidências”. No entanto, é importante mencionar que há uma dimensão política a ser analisada nos dados obtidos: o não acesso às publicações, principalmente em instituições que não são 100% SUS nos leva a refletir sobre o compromisso real dos programas de Residência destas instituições em relação à divulgação das experiências. Nesse sentido, pergunta-se: a que serve uma produção reflexiva se sua sistematização não pode ser acessada facilmente por outros sujeitos – estudantes, profissionais, comunidade em geral?

A pouca visibilidade da reflexão sobre o contexto de pandemia expressa na análise mostra uma questão central: por que motivos uma pandemia como a que vivemos em 2020 pouco entra como ponto de análise importante na experiência da maioria dos residentes? A que se deve a não implicação destes pesquisadores-residentes na reflexão sobre o tema e a que se deve a dificuldade das instituições em abrir a caixa-preta das pesquisas produzidas?

Abster-se do debate sobre a pandemia pode significar alijar-se do debate político – postura muito comum a certas áreas do campo científico, áreas que, com frequência, reivindicam uma neutralidade não existente. O problema é que, como indicam Heckert e Neves (2000), “enquanto houver o deslocamento entre processos de formação e os acontecimentos do mundo no qual vivemos, a formação se engendrará como formas de ação que produzem ecos, a serem repetidos de forma indefinida”. Com Stengers (2015), reitera-se aqui que a política está entrelaçada à ciência não apenas por questões éticas e sim porque a ciência é produtora de mundos. E se a ciência é produtora de mundos, produz também a disputa entre estes. Por fim, objetiva-se retomar o acompanhamento dos TCRs de 2022, levando-se em conta que corresponderão à finalização de cursos de residências transcorridos integralmente durante o período de pandemia. Assim, poderão contribuir para uma melhor compreensão desse processo de pesquisa, que entendemos como inacabado, considerando que os trabalhos analisados correspondem a um processo de formação parcialmente vivenciado durante a pandemia, sendo esta uma das limitações do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem intenção de esgotar o tema, focamos na abertura de questões mais do que em possíveis respostas, assim como na tensão colocada pelas formulações e suas possíveis reverberações. Entende-se que a não implicação dos residentes-pesquisadores em relação ao tema em seus TCRs pode ter a ver com uma apatia política, pois, na conjuntura brasileira, a pandemia, para além de uma crise no âmbito da saúde, também intensificou uma crise no cenário político. Pondera-se, no entanto, que tal dificuldade aqui nomeada como apatia não envolve a ação individual de tais residentes, pois está interimplicada na relação com distintos aspectos, tais como dificuldades no debate institucional sobre o tema, pressões relacionadas à relação como residente-trabalhador e com os contornos políticos as-



sumidos na condução dos Programas, entre outros. Compreendemos que o residente está emaranhado em uma teia de relações, visto que seu posicionamento reage a essa conjuntura, mas também sofre seus efeitos.

Na intenção de que a análise aqui apresentada possa colaborar com a reflexão dos trabalhadores em saúde atentos às contingências, entende-se que tal momento nos desafia a defender o SUS em todas as suas potencialidades, mantendo-o robusto desde as práticas condizentes às demandas populares e entendendo-o como patrimônio imprescindível da população brasileira, principalmente em momentos de calamidades como os que temos vivido.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Por uma política de narratividade. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNE/CES nº 1 de 8 de junho de 2007*. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pósgraduação lato sensu, em nível de especialização. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf. Acesso em: 26 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Resolução CNRMS Nº 3 de maio de 2010*. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 14-15, 5 maio 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192. Acesso em: 26 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Parecer Técnico Nº 106 de 26 de março de 2020*. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus –COVID-19. Brasília, DF: CNS, 26 mar. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020>. Acesso em: 30 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf. Acesso em: 25 de fevereiro de 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da Plenária do Seminário Nacional sobre Residência Multiprofissional em Saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, dez. 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*. Londrina. v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CARVALHO, Marília Sá; LIMA, Luciana Dias; COELI, Cláudia Medina. Mais um ano, nada fácil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00311420>. Acesso em: 3 ago. 2021.

CECCIM, Ricardo Burg. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VdPNdYy66RSD7QwqWVHYsxj/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CECCIM Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9c-GgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2022.

CECCON, Roger Flores; SCHINEIDER, Ione Jayce Ceola. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. In: *Scielo Preprints*, 2020. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.136>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/136>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

DALLEGRAVE, Daniela; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. A invenção da residência multiprofissional em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

ELIAS, Cláudia de Souza Rodrigues *et al.* Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. *SMAD: Revista Electrónica em Salud Mental, Alcohol y Drogas*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 48-53, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500019>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49594>. Acesso em: 27 fev. 2022.

ESCÓSSIA, Liliana da. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, p. 689-694, 2009. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yMKxN8BDkcg3hdMMJR3BCvf/?lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2022.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Além do discurso de mudança na educação médica:*



processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.

FOUCAULT, Michel. O cuidado com a verdade. In: FOUCAULT, Michel. *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004 (Ditos e escritos; V).

FOUCAULT, Michel. ¿Qué es la crítica? [Crítica y Aufklärung]. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, Espanha, n. 11, p. 5-26, 1995. Disponível em: <https://revistas.um.es/daimon/article/view/7261>. Acesso em: 10 fev. 2022.

GREGORY, Ana; DENNIS, Robert. An introduction to writing narrative and systematic reviews – tasks, tips and traps for aspiring authors. *Heart, Lung & Circulation, Carlton*, v. 27, n. 7, p. 893-898, 2018. Disponível em [https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506\(18\)30165-3/fulltext](https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506(18)30165-3/fulltext). Acesso em: 10 fev. 2022.

HECKERT, Ana Lúcia; NEVES, Claudia Abbes Baeta. Modos de formar e interver: de quando a formação se faz potência de coletivos. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; LESSA, Gessilda Meira. *Residência Multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53, n. esp. 107-110, dez. 2000. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cwqXjqzM4XsKVzDHJGqjTVC/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022.

KROPF, Simone Petraglia *et al.* A Fiocruz no tempo presente: ciência, saúde e sociedade no enfrentamento da pandemia de Covid-19. In: MATTIA, Gustavo Corrêa *et al.* *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19: FIOCRUZ, 2021, p. 197-208. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0016>. Acesso em: 10 fev. 2022.

LESSA, G. M. Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53, n. esp., p.107-10, 2000. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700016> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cwqXjqzM4XsKVzDHJGqjTVC/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022

LEVY, Bel. *Estudo analisa registro de óbitos por Covid-19 em 2020*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-analisa-registro-de-obitos-por-covid-19-em-2020>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MACHADO, Cássio *et al.* Representações de educação em saúde: emaranhados de desenhos e perspectivas de profissionais da atenção básica. In: BRANCHI, Aline Zeller; RODRIGUES, Elisandro; CASTILHOS, Thaiani Farias. *Residência multiprofissional no SUS: formação e a produção de saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2020.

MANSUR, Vinicius *et al.* Da publicação acadêmica à divulgação científica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 1-2, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140821>.



Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FtDTDQBy7RLbdXhBBfKSZXx/?lang=pt> . Acesso em: 4 ago. 2021.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-34.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Romeu. Ciência & saúde coletiva no contexto nacional e internacional da divulgação científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 20, n. 7, p. 2013-2022, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.04802015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/h3mRPKpxPt9k8vXcTMszbbsc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2021.

OLIVEIRA, Cathana Freitas de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Formação de Profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SEIXAS, Clarissa Terenzi *et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, p. 1-15, 2021. Supl. 1. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vdW-9F3qVqrwmbMNTTtmpxth/?lang=pt>. Acesso em: 6 ago. 2021.

SILVA, Letícia Batista. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálisis*. Florianópolis. v. 21, n. 1., p. 200-209, jan./abr. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH-8tww34qhg9LSW6n84d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2021.

SILVA, Quelen Taniza Alves; CABALLERO, Raphael Maciel da Silva. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*, Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

STENGERS, Isabelle. *No tempo das catástrofes*. São Paulo: CosacNaify, 2015.

VIDAL, Edison Iglesias de Oliveira; FUKUSHIMA, Fernanda Bonor. A arte e a ciência de escrever um artigo científico de revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 1-4, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063121>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hc7RBg5tvLfv3XJLS9Yp8QJ/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

VOSGERAU, Dilmeire Sant'anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: im-



plicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jul. 2014. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/dialogoeducacional/article/view/2317>. Acesso em: 1 fev. 2022.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 28 de fevereiro de 2022.

Aceito em 21 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

MACHADO, Cassio Andrade; SCHMITT, Lilian Alves; MEDEIROS, Lidiele Berriel de. Pensar a Residência Multiprofissional em pandemia: uma análise sobre os trabalhos de conclusão e a produção do conhecimento. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 122-139, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-10>
<https://revista.ghc.com.br/>

Itinerário terapêutico de pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores: desencontros com os profissionais e o sistema de saúde

Therapeutic itinerary of diabetic persons with lower limb amputations: disagreements with professionals and the health system

Itinerário terapéutico de personas diabéticas con amputación de miembros inferiores: desencuentros con los profesionales y el sistema de salud

Marina Bísio Mattos ¹
Luana Ramalho Martins ²
Margarita Silva Diercks ³

¹Especialista em Saúde da Família e Comunidade- Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição- RMS/GHC, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Sapucaia do Sul-RS.

Contribuição de autoria: Concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados. Redação do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1297-9231>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2652695625718365>

E-mail: mattosmarina30@gmail.com

² Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora substituta no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria - RS. Tutora do núcleo da Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Contribuição de autoria: Concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados. Redação do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2236-9653>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8525364821784991>

E-mail: iramalhmartins@gmail.com

³ Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Médica de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária e Professora do Mestrado Profissional Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição. Contribuição de autoria: Análise e interpretação dos dados. Revisão crítica do conteúdo intelectual. Aprovação final da versão a ser publicada.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0890-6870>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4164955579415364>

E-mail: margarita.diercks@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar o itinerário terapêutico de usuários da Atenção Primária à Saúde que sofreram amputação de membro inferior por complicação do Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), abordando aspectos relacionados aos profissionais/sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção. Método: Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso com seis usuários da Atenção Primária à Saúde, portadores de DM2 que sofreram amputação de membro inferior. Foi realizada revisão de prontuário e entrevistas semiestruturadas individuais que foram analisadas à luz da Análise de Conteúdo. Resultados: Os itinerários terapêuticos dos sujeitos demonstraram as fragilidades da Atenção Primária e da Rede de Atenção à Saúde no cuidado do portador de DM2 no que se refere à avaliação dos pés, que se manifestaram pelo diagnóstico tardio, ausência de acompanhamento da DM2 levando ao agravamento e amputação, falhas no preparo e acolhimento do paciente durante a cirurgia e no acompanhamento pós-cirúrgico e falta de empatia com sua condição de saúde. Considerações finais: O cuidado ao paciente portador de DM2 deve ser integral, centrado na pessoa e suas necessidades. Ações em saúde efetivas de cuidado com os pés podem evitar grande parte das amputações. Constata-se ainda a importância de se estabelecer uma linha de cuidado ao portador de DM 2 e estabelecer um fluxo para que a APS consiga ser coordenadora do cuidado destes usuários.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo2; amputação; pé diabético; profissional da saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Purpose: To analyze the therapeutic itinerary of Primary Health Care users who underwent lower limb amputations due to Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) complications, addressing aspects related to the health professionals/system at the different levels of care. Method: This qualitative research of the case study type was carried out with six Primary Health Care users with DM2 that underwent lower limb amputations. Medical record reviews and individual semistructured interviews were carried out and analyzed in the light of Content Analysis. Results: The therapeutic itineraries of the individuals demonstrated the fragilities of the Primary Care and the Health Care Network in caring for persons with DM2 regarding feet assessments, which were later manifested by late diagnosis, absence of DM2 follow-up leading to worsening and amputation, failures in the preparation and reception of the patients during surgery and post-surgical monitoring, and lack of empathy with their health conditions. Final considerations: The care provided to patients with DM2 must be integral and centered on the person and their needs. Effective health care actions with the feet may prevent a large portion of the amputations. The importance of establishing a line of care for persons with DM2 and a flow for the Primary Health Care to be able to be the coordinator of the care for such users were also found.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus; amputation; diabetic foot; health professional; primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el itinerario terapéutico de usuarios de la Atención Primaria para la Salud que sufrieron amputación de miembro inferior por complicación de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), abordando aspectos relacionados a los profesionales/sistema de salud en los diferentes niveles de atención. Método: Investigación cualitativa, del tipo estudio de caso con



seis usuarios de la Atención Primaria para la Salud, portadores de DM2 que sufrieron amputación de miembro inferior. Fue realizada revisión de prontuario y entrevistas semiestructuradas individuales que fueron analizadas a la luz del Análisis de Contenido. Resultados: Los itinerarios terapéuticos de los sujetos demostraron las fragilidades de la Atención Primaria y de la Red de Atención a la Salud en el cuidado del portador de DM2 en lo que se refiere a la evaluación de los pies, que se manifestaron por el diagnóstico tardío, ausencia de seguimiento de la DM2 llevando al agravamiento y amputación, fallas en la preparación y recepción del paciente durante la cirugía y en el seguimiento post quirúrgico y falta de empatía con su condición de salud. Consideraciones finales: El cuidado al paciente portador de DM2 debe ser integral, centrado en la persona y sus necesidades. Acciones en salud efectivas para el cuidado de los pies pueden evitar gran parte de las amputaciones. Se constata también la importancia de establecerse una línea de cuidado al portador de DM 2 y establecer un flujo para que la APS pueda ser coordinadora del cuidado de estos usuarios.

Palabras Clave: Diabetes mellitus tipo2; amputación; pie diabético; profesional de la salud; atención primaria para la salud.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), é responsável por cerca de 90 a 95% dos casos de diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020). Dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL mostram que a prevalência de adultos com diagnóstico médico de DM2 é de 8,2 % nas capitais brasileiras, sendo que chega a 10% em Porto Alegre-RS. Por outro lado 25% dos adultos acima de 65 anos teriam diagnóstico médico de DM2 (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, 2021).

Uma das complicações mais comuns derivadas do DM2 é o pé diabético (PD), que é caracterizada pela ulceração e/ou destruição de tecidos moles associados a alterações neurológicas de vários graus assim como manifestações variáveis de doença arterial periférica (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016). As complicações do PD são responsáveis por 40% a 70% do total de amputações não traumáticas de membros inferiores na população geral, sendo que grande parte dessas amputações são evitáveis.

A atenção primária em saúde (APS), porta de entrada do sistema de saúde, tem papel fundamental no acesso, no vínculo, na integralidade e na coordenação do cuidado das pessoas com DM2, através de ações clínicas, de educação em saúde, de prevenção e rastreamento de fatores de risco. A amputação como complicação do DM2 é considerada uma condição sensível na Atenção Primária, ou seja, os serviços e suas equipes teriam potencial através de ações específicas - como avaliação rotineira dos pés e atingir metas glicêmicas - para diminuir as amputações, assim como outras complicações do DM2.

A avaliação dos pés busca identificar a perda da sensibilidade protetora dos pés (PSP), avaliar o risco de ulceração, detectar doença arterial periférica (DAP) e diagnosticar Polineuropatia Diabética (PND). Esta avaliação é realizada através do exame clínico dos pés, por profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros. O exame físico dos pés com o monofilamento de 10g é considerado padrão ouro para diagnóstico precoce da PND e deveria ser realizada na APS de forma rotineira. Estas atividades de cunho clínico, educativo e preventivo permite um acompanhamento ao longo do tempo, que favorecem o autocuidado do paciente e a construção de um plano conjunto de



cuidados individualizado e segundo as necessidades de cada pessoa com DM2. A avaliação dos pés tem que ser realizada no momento do diagnóstico do DM2 e seguir uma rotina de aprazamento que varia de anual até mensal conforme os achados clínicos do exame avaliativo e classificação de risco (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2022).

Conversar sobre a amputação, é considerado, em termos comunicacionais, como uma notícia difícil ou como uma má notícia, já que altera drástica e negativamente a perspectiva de futuro do paciente e traz mudanças na sua vida. O profissional que transmite a notícia deve ter uma postura humana e ética, que garanta acolhida e informação adequada, minimizando a angústia gerada nesse processo (SEBASTIANI; MAIA, 2005; FITZPATRICK, 1999).

A pessoa amputada tem uma piora da qualidade de vida muito importante. Há repercussões emocionais e físicas incapacitantes. A pessoa após a amputação tem dificuldades em reconhecer o seu próprio corpo, o que leva à tristeza e muitas vezes à depressão. Também se instala uma incerteza em relação ao futuro, já que muitos deles perdem a capacidade laborativa e de realização de atividades cotidianas diárias. Se o amputado é idoso se torna ainda mais vulnerável e dependente dos cuidados de uma rede de apoio muitas vezes inexistente. Sentimentos de medo e angústia frente à possibilidade de realizar uma nova amputação também ronda o dia a dia dos amputados, já que muitos deles não conseguem estabilização da glicemia piorando o prognóstico da sua condição. As reações à amputação são variáveis, mas na maioria das pessoas predomina um sentimento de incapacidade e incertezas em relação ao futuro, assim como uma representação negativa de si mesmo (SANTOS *et al.*, 2019; OROSCO *et al.*, 2019).

Conhecer o Itinerário Terapêutico (IT) entendido aqui como os percursos empreendidos pelos pacientes e sua família na busca por cuidado para resolver suas necessidades de saúde, ajuda a compreender a prática dos profissionais de saúde envolvidos nesse cuidado e a organização do sistema de saúde como um todo. Estes caminhos não coincidem necessariamente com os fluxos pré-estabelecidos pelos serviços de saúde já que são permeados por construções subjetivas, individuais e coletivas do processo de adoecimento e tratamento, além de sofrerem influência dos contextos socioculturais, das experiências pessoais e da oferta dos serviços de saúde (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

A rede de atenção e a linha de cuidado para a avaliação dos pés está descrita de forma detalhada pelo protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016) e protocolo internacional de referencia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2022) onde estipulam que é na APS que deve ser realizada a primeira e subsequentes avaliações dos pés dos diabéticos, principalmente por médicos e enfermeiros. Que deverá haver um cuidado longitudinal ao longo do tempo observando as necessidades específicas de cada pessoa com DM2 como a estabilização da glicemia, o acompanhamento das co-morbidades assim



como fazer os encaminhamentos necessários para especialistas, principalmente cirurgiões vasculares. Por outro lado segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016) revelam que somente 29% das pessoas com diabetes tiveram seus pés examinados o que demonstra que a linha de cuidado e a rede de atenção ainda são frágeis, apresenta falhas e não está consolidada. Essa precariedade pode ser identificada no dia a dia dos serviços de saúde, como por exemplo, na ausência de monofilamento nas unidades básicas de saúde para realizar a avaliação da PSP, a escassez de consultas com cirurgiões vasculares no âmbito do SUS, para realizar a medida do Índice Tornozelo Braquial (ITB), fundamental para o diagnóstico precoce de doença arterial periférica (DAP), e avaliar a necessidade de revascularização processos importantes para prevenir o pé diabético. A fragilidade também é demonstrada pela prática clínica dos profissionais de saúde que foi caracterizada como de inércia clínica que é definida como a omissão em realizar determinado tratamento ou procedimento, mesmo que exista indicação para tal. A inércia clínica tem fatores multifatoriais relacionados ao paciente, ao profissional de saúde e ao sistema de saúde (ANTUNES, 2020).

Ainda em relação ao processo de amputação, a rede não está preparada para oferecer reabilitação de forma sistemática aos diabéticos amputados, fragilizando o cuidado. Na Rede de Atenção à Saúde ao portador de DM2, a APS deve funcionar como coordenadora do cuidado, no entanto os retornos (contra referência) da atenção terciária para APS não acontecem de forma organizada e muitas vezes o usuário não consegue usufruir dos serviços que estão disponíveis para sua reabilitação. Além disso, compete ao sistema de saúde, propiciar meios para que os profissionais da APS consigam executar o cuidado integral da pessoa com DM2, como por exemplo, o acesso a diversas especialidades necessárias ao cuidado dos pés uma vez avaliados na APS (cirurgião vascular, podólogo, terapeuta ocupacional e reabilitação para aquisição de calçados especiais e fisioterapia) (GROSSI; PASCALI, 2009).

O presente estudo teve como objetivo analisar o itinerário terapêutico de usuários diabéticos de um serviço de Atenção Primária à Saúde que sofreram amputação de membro inferior abordando aspectos relacionados aos profissionais de saúde participantes do cuidado e a organização do sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa foi realizada com usuários adultos diabéticos de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

No ano de 2016, 16 pessoas foram registradas como tendo sofrido amputação do pé decorrente de complicações do DM2 nesse serviço (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2016). Participaram do estudo seis usuários em acompanhamento nas US o que permitiu a saturação das informações relacionadas ao problema em estudo (MINAYO, 2010). Os critérios de inclusão dos



participantes foram: usuários que sofreram amputação de membros inferiores derivados do DM2 no ano de 2016 ou que estavam em acompanhamento por este motivo nas US no ano de 2017 e desejo de participar do estudo. Os participantes foram identificados pela letra E junto com um número sequencial (E1 a E6) conforme a ordem das entrevistas.

A coleta das informações ocorreu no primeiro semestre de 2018, mediante pesquisa nos prontuários dos participantes e entrevista semiestruturada individual. Nos prontuários foram coletadas as informações sobre tratamento medicamentoso, equipe de referência, comorbidades, tempo de acompanhamento nas US, atendimentos realizados com equipe multidisciplinar e dados sobre amputação. As entrevistas individuais foram realizadas no domicílio do participante. As mesmas foram gravadas e tiveram duração média de 50 minutos. A abordagem metodológica utilizada foi a História de Vida Focal (HVF), executada através da entrevista em profundidade sobre aspectos relacionados ao DM2 e a trajetória até a amputação (MINAYO, 2010).

As informações coletadas nos prontuários foram tabuladas em frequência simples. As entrevistas foram transcritas na sua totalidade. Estas foram lidas para uma primeira categorização das falas quando foram identificadas trinta categorias empíricas. A seguir, realizou-se nova leitura com base na proposta de análise temática (MINAYO, 2010), e as manifestações concordantes como as divergentes foram valorizadas o que permitiu agrupar as categorias empíricas e elaborar um quadro analítico composto por quatro categorias de análise: Cotidiano com Diabetes mellitus tipo 2, autocuidado e Diabetes mellitus, profissionais de saúde, serviços e sistemas de saúde e Itinerário terapêutico da amputação (MARTINS; MATTOS; DIERCKS, 2020). Neste artigo serão analisadas duas categorias: Itinerário terapêutico da amputação e Profissionais de saúde e serviços/sistema de saúde.

Os aspectos éticos foram respeitados na sua integralidade, sendo o projeto aprovado no comitê de ética do Grupo Hospitalar Conceição com parecer nº 2.466.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

As principais informações estão descritas na tabela 1. Constatou-se que a idade dos sujeitos variou entre 52 e 83 anos, com média de 66 anos, sendo cinco do sexo masculino e uma do sexo feminino. Dos cinco participantes do sexo masculino, quatro eram casados e um solteiro. A participante do sexo feminino era viúva. Em relação à escolaridade, três tinham o Ensino Fundamental completo, um com Ensino Fundamental incompleto e dois com Ensino Médio completo. Dos seis participantes da pesquisa, cinco se autodeclararam brancos e um pardo.

O tempo de DM2 variou entre dez anos e 35 anos. Todos eles tinham uma ou mais comorbidades associadas, sendo que todos eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Dentre as comorbidades, três tinham histórico de alcoolismo e um deles tinha registro de depressão



no prontuário, embora todos eles tenham relatado nas entrevistas sinais e sintomas depressivos. Um dos participantes havia iniciado o acompanhamento na Unidade de Saúde no ano de 2017, o restante variou de seis a 17 anos o tempo de acompanhamento.

Quanto aos medicamentos utilizados para DM2, cinco faziam uso de metformina, sendo que quatro deles associam insulina ao tratamento. Desses quatro, um deles utiliza além da metformina e insulina, a glibenclamida. Um dos participantes utiliza apenas a insulina como tratamento da DM2. Cinco dos participantes utilizam seis ou mais medicamentos, caracterizando poli farmácia. A renda de todos os participantes era em média de 1,5 salário mínimo (SM) advindo de aposentadoria ou outros benefícios sociais.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos.

Codiname	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Idade	52	83	62	60	70	71
Sexo	M	M	M	M	F	M
Estado civil	Solteiro	Casado	Casado	Casado	Viúva	Casado
Escolaridade	Fundamental Inc.	Fundamental C.	Médio completo	Fundamental C.	Fundamental C.	M é d i o Completo
Etnia	Branco	Branco	Branco	Branco	Parda	Branco
Renda	B e n e f í c i o Socioeconômico	Aposentado	Aposentado	Aposentadoria da esposa	Pensão	Aposentado
Tempo de DM2	+/- 11 anos	+/- 35 anos	+/- 10 anos	+/- 12 anos	+/- 16 anos	+/- 16 anos
Medicamentos em uso	Poli farmácia (8 medicamentos em uso)	Poli farmácia (10 medicamentos em uso)	Poli farmácia (8 medicamentos em uso)	Poli farmácia (6 medicamentos em uso)	Poli farmácia (6 medicamentos em uso)	P o l i farmácia (4 medicamentos em uso)
C o - morbidades	Alcoolismo / Hepatite C / HAS	Parkinson/HAS/Sequela de AVC.	HAS/Alcoolismo	HAS/hipotireoidismo	HAS/Depressão Histórico de CA	Alcoolismo / HAS

Fonte: Dados coletados em 2018, Porto Alegre, RS.

HAS: hipertensão Arterial sistêmica; AVC: Acidente Vascular Cerebral; CA: Câncer

Sistematização das autoras, 2019.

Itinerário terapêutico da amputação

Nessa categoria, será abordado o percurso dos usuários desde o diagnóstico da DM2 até a amputação e como aconteceu a busca por atendimento nos diferentes níveis de atenção (APS, ambulatorios especializados e atendimento hospitalar) levando em consideração a subjetividade e percepção dos participantes deste estudo ao longo do processo.

Com respeito ao diagnóstico, os sujeitos desta pesquisa descobriram a doença seja na internação hospitalar por outro problema de saúde ou por se sentirem mal em um momento pontual e procuraram



a unidade básica de saúde.

[...] me senti mal, comi a metade de um abacate, me senti mal. comecei a suar [...] Ai fui no posto ali e eles ficaram [...] dizendo que eu tava com a diabete alta, que eu podia ter infartado e não sei o que e ai foi onde começou [...] (E4).

Em relação ao acompanhamento da doença após o diagnóstico, os participantes relataram não fazer um acompanhamento sistemático da DM2. Procuravam a US por algum problema pontual de saúde, ou para renovarem as receitas, muitas vezes sem consultar. Começaram a ter uma maior preocupação com a doença, quando as complicações começaram a aparecer, principalmente as relacionadas aos pés, e após a amputação.

Não acompanhava a diabetes, só tomava o remédio. [...] tudo se agravou mais depois do AVC e começou a dar aquele problema no dedo [...] ai entrei no hospital [...] ai começaram a acompanhar. [...] vou quando é necessário. (E2)

Não, nunca fiz acompanhamento. Na verdade eu sempre priorizava o serviço. (E3)

Ai depois que eu descobri eu comecei ir no posto [...] mas esse acompanhamento mais de perto, de eu ir seguido no posto começou depois da amputação. (E4)

Os motivos que levaram a amputação foram diversos, mas todos agravados pela presença da neuropatia diabética. Três participantes buscaram a US para avaliação e encaminhamento para o hospital e o restante procurou o hospital diretamente.

[...] Tava de pé descalço, aqui no pátio. Ai bem no dedão, eu pisei num caco de vidro, [...]. Ai levantei o pé assim uma hora e vi que tava sangrando... aí disse: ué, nem senti. [...] Ai fui olhar e tinha um furinho. Mas aquele furinho, bah, três dias e começou a inflamar tudo [...] Ai fui no médico do posto [...] Ai me mandou tomar uns comprimidos e não adiantou. Tive que vir aqui pra falar com ele, meu dedo tá cada vez mais vermelho [...] me deu antibiótico, tomei, mas assim, chegou de noite e começou [...] e ai ficou mais inflamado ainda, ai não aguentava de dor ai [...] fui para o hospital. (E1)

Ai comecei a sentir dor no pé e me dei conta que era a unha [...] Ai peguei o alicate e vi que já tava meio escurinha a ponta do dedo. Ai cortei, cortei a unha. Puxei, tirei fora tudo, coloquei água oxigenada. Mas ai começou aquela dorzinha de novo e pedi p minha esposa dar uma olhada. [...] Ai fui ali no posto. Cheguei ali, falei com as enfermeiras. [...] E ai ele veio e disse que ia fazer o papel e que eu fosse direto para o hospital. (E6)

Profissionais de saúde e serviços/sistema de saúde

Os assuntos abordados nessa categoria serão relacionados aos profissionais de saúde participantes desse cuidado, como se deram esses encontros, que trocas foram realizadas e o quanto suas condutas e atuações impactaram na vida destes usuários. Além disso, tentaremos entender como funciona a organização do sistema de saúde para atendimento de usuários com pé diabético.

A maioria dos participantes teve seu diagnostico realizado na APS. Notou-se pelas falas dos sujeitos que as orientações quanto à doença e as complicações causadas por ela são pouco enfatizadas, ou são realizadas de uma forma que não é bem compreendida por eles. Abordam-se muito as questões restritivas na alimentação e mudança de alguns hábitos de vida, mas em relação aos cuidados com os pés as orientações eram periféricas, gerais, prescritivas e centradas num discurso de culpabilização do paciente. Destaca-se também que o cuidado é focado no profissional médico, já que não observamos nas falas dos participantes do estudo a presença do enfermeiro como participante do cuidado, bem como outros profissionais da equipe multiprofissional.



Não explicaram. Só assim, ó tem que cuidar a glicose, não comer doce, comer pouco, mais salada [...] Não falavam que podia arrancar dedo [...] isso eu não sabia. Fui saber lá dentro do quarto, um sem perna, outro sem dedo [...] Nunca examinaram meus pés. [...] Nunca olharam para os meus pés. Só olharam depois que eu perdi o dedo (1). (E1)

Ele (médico) me passava receita e alimentação [...] que se não cuidasse ia começar a dar problema no pé, pode dar problemas em outros órgãos também se não cuidar [...] os olhos, problemas nos olhos também [...] (E3).

Também em relação à integralidade e qualidade do cuidado expressado em cinco ações que sabidamente melhoram a qualidade de vida da pessoa com DM2, sejam elas controle glicêmico, controle da hipertensão, cessação do tabagismo, uso da metformina e exame e cuidado com os pés dos diabéticos, os participantes, todos com mais de 10 anos de DM2, não mencionaram a maioria destes aspectos assim como, nenhum deles, tiveram seus pés inspecionados ou examinados com monofilamento assim como não foram realizados avaliação de reflexos e de percepção térmica de forma sistemática e, ao longo do tempo, conforme protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016).

Outro aspecto que o protocolo destaca é que pessoas com pé diabético, caso de todos os entrevistados, devem ser encaminhados para consulta com cirurgião vascular para realização do Índice Tornozelo Braquial (ITB) e avaliar a necessidade de revascularização. Todos consultaram com o cirurgião vascular somente no momento da amputação.

Em relação à chegada ao hospital para avaliação das afecções dos membros inferiores e possível amputação, bem como a notícia da amputação de fato, os relatos sugerem pouco acolhimento às necessidades emocionais e uma falta de empatia por parte dos profissionais frente a um momento tão delicado para o usuário. A situação é naturalizada e a conversa estabelecida entre os profissionais e os usuários não segue qualquer roteiro, os deixando assustados e ansiosos com o procedimento.

Ai cheguei lá, o médico olhou e disse: tu vai perder o dedo. Ai eu disse: Ai doutor não me diz isso. E ele: É tem tudo para perder o dedo, já vai baixar porque vai ter que tirar esse dedo fora. Pra não correr o risco de perder a perna, tem que cuidar isso aí. (E6)

Ai veio o médico de tarde para me ver e avaliar para no outro dia ser operado e falou: Bom, quantos dedos mesmo? E eu: é esse dedinho só aqui. E ele: Por que tu acha que é esse dedo? É esse dedo, porque ele tá contaminado e o dedão não tá. Ai ele olhou para mim, começou a rir, balançou a cabeça e foi embora. (E4)

Cinco entrevistados fizeram a amputação no hospital de referência das US. Os mesmos não foram sedados, ou seja, foi realizada a amputação somente com anestesia local. Os pacientes ficaram acordados durante o procedimento de amputação enxergando e escutando todos os ruídos e conversas, exemplificado nas falas a seguir.

Ai quando ela passou o bisturi eu dei um berro né, e suave assim, chegava a pingar no chão. E falava, para cara, não tá dando, não tá dando... e ele: só mais pouquinho, só mais um pouquinho [...] Vamo quebrar? Eu ouvi aquilo ali e senti que fez “clac”. Acho que é o mesmo que cortar um osso de galinha e passando a metade fica um pedacinho e pronto... [...] E ele disse assim, vamo corta o osso? Vamos... tu que sabe. Vamo? Então vamo. Ai senti aquele estalo, tá... E ai ela disse: Se acalme que agora só falta a pelezinha. [...] aí terminou, terminou aquele sacrifício. (E1)

A doutora disse: vou dar duas injeções para garantir bem a anestesia. E eu: tá, tá bom. E fiquei eu lá olhando... e ela colocou um pano lá [...] o pano dela caiu e ela tava sozinha ali e com um alicate e puxando e serrando e eu olhando. [...] E ela tirou. Tirou toda a raiz do dedo ali. E ela: Tu sabe que não é costurado né? E eu: eu sei. (E4)



Após a amputação não houve relato de qualquer fluxo de contra referência para as US com orientações pós-operatórias e de acompanhamento assim como os sujeitos não relataram que tenham sido encaminhados para algum tipo de reabilitação ou atendimento psicológico sistemático para os usuários.

No hospital eu tinha fisioterapeuta, mas não era sempre. Psicóloga não... Nutricionista disse que ia me dar uma dieta e não deu. (E6)

Não ofereceram nada, nenhuma reabilitação. (E4)

Ainda em relação à organização do sistema de saúde, houve relatos de esperas prolongadas por leito na Unidade de Cirurgia Vascular, bem como falta de comunicação entre os membros da equipe ocasionando mais intervenções do que o previsto nos usuários. Observou-se também nas falas encaminhamentos equivocados, fazendo com que os usuários ficassem transitando pelos serviços.

Só que não tinha leito na vascular, então eu fiquei 30 dias, ficava num lugar aqui hoje, ai ia a outro, mas aí eles me colocavam em outras áreas. Ai fiquei 30 dias lá dentro de um lado pra outro, claro eles me atendiam né, tava sendo medicado, vinha sempre um médico me visitar. Depois eu consegui ir para a vascular, daí levou uns 20 dias para eu ir fazer a cirurgia. Primeiro me trataram por que o negócio ficou bem complicado. (E3)

Fui no hospital X. E o hospital X disse não, isso é no hospital Y. Ai cheguei no hospital Y, e disseram que era no hospital X. Ai no hospital X me fizeram uma infiltração, com uma agulha, ai disseram: Olha, eu acho que o senhor tá com diabetes [...]. (E6)

[...] vou ter que cortar mais um pedaço. E ai perguntei: O que houve doutor? E ele disse: Tá infeccionado. Vamos voltar lá p o bloco. Vou chamar uma amiga ai, e ela que vai fazer p o senhor. [...] No outro dia ele foi olhar, abriu e disse: A minha colega não fez o que eu mandei. Vou ter que abrir de novo e cortar mais um pedaço. E eu? De novo? Eu não aguento mais doutor. e ele disse: agora deixe, que eu vou fazer. (E6)

DISCUSSÃO

No presente estudo, os dados da caracterização dos sujeitos estão em consonância com outros estudos publicados, onde há um número maior de homens que sofrem amputação por complicação da DM2, brancos com média de idade em torno de 65 anos, (GAMBA *et al.*, 2018). A prevalência de amputação por DM2 associada à baixa escolaridade também foi encontrada em outro estudo, (CECILIO *et al.*, 2015) o que pode interferir na aprendizagem dos cuidados relacionados ao diabetes, impondo aos profissionais da APS um desafio de criar estratégias criativas quanto às orientações para o autocuidado, no intuito de alcançar de forma efetiva a população com esta característica. (SANTOS *et al.*, 2014).

Com relação ao tempo de doença, todos os sujeitos tinham 10 anos ou mais de DM2, corroborando com outro estudo, apontando ainda que a presença de complicações relacionadas ao diabetes pôde ser associada ao tempo maior de duração da doença (ARAÚJO *et al.*, 2013; DINIZ *et al.*, 2019). A Hipertensão Arterial Sistêmica foi a comorbidade associada de maior prevalência, semelhante a outros estudos (SANTOS *et al.*, 2019; CECILIO *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2013). No entanto, o alcoolismo e a depressão também estiveram presentes nas falas dos sujeitos, sendo que o uso de álcool aumenta sete vezes o risco de desenvolver neuropatia (GAGLIARDI, 2003) e



a depressão, pode piorar os sintomas da DM2 e interferir no autocuidado (FRÁGUAS; SOARES; BRONSTEIN, 2009).

Conforme a literatura a ocorrência de polifarmácia em pacientes com DM2 no Brasil varia de 26,7% a 46,3% (VITOI *et al.*, 2015) proporções inferiores à encontrada no presente estudo onde somente um sujeito utilizava menos que seis medicamentos cotidianamente. O aumento da expectativa de vida e das condições crônicas aumenta a perspectiva de múltiplos fármacos, realidade bastante comum dos diabéticos atendidos na APS. Dessa forma, ao prescrever deve-se considerar a real necessidade de cada indivíduo pontuando os riscos e benefícios, bem como intensificar a capacitação da equipe multiprofissional e educação da população no uso de medicamentos (NACIMENTO *et al.*, 2017).

A DM2 tem início insidioso, podendo permanecer não detectada por vários anos até o início das complicações. Em estudo realizado no Recife com 137 portadores de pé diabético, a maior parte deles referiu ter conhecimento do diagnóstico apenas após alguma internação ou após alguma complicação, dado que vai de encontro aos achados dessa pesquisa. Além disso, esse achado pode evidenciar a falta de acesso ou adesão dos sujeitos visto que o agravamento do pé diabético é evitável por meio de diagnóstico precoce e ações preventivas que deveriam ser realizadas na APS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016).

Entende-se que existem alguns fatores predisponentes ao aparecimento de afecções como o pé diabético em indivíduos com DM2, sendo eles pessoais, dos profissionais de saúde e da rede de atenção. Os fatores pessoais podem envolver uma grande gama de fatores que dificultam os cuidados básicos diários que uma pessoa com DM2 supostamente deveria ter, como: deter informações detalhadas sobre a sua condição crônica, a compreensão da dimensão das complicações derivadas da diabetes, suas interações corporais, modos de cuidado e prevenção de maiores afecções, hábitos de vida e *modos operandi* referentes ao autocuidado (DUNCAN; GOLDRAICH; CHUEIRI, 2013; OROSCO *et al.*, 2019).

Neste estudo os depoimentos dos participantes nos levam a entender que há uma fragilidade da rede de atenção relacionada ao cuidado dos sujeitos acometidos com pé diabético que vem em concordância com os dados de baixa avaliação dos pés em pacientes diabéticos (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016). Nenhum dos participantes deste estudo teve seus pés avaliados de forma rotineira pelos profissionais da APS e nem nos ambulatório especializados. Há evidências que programas organizados de avaliação e acompanhamento de lesões de pé diabético na APS reduzem consideravelmente o número de amputações (TESTON *et al.*, 2018; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2022).

Nesse sentido estudo realizado com profissionais da APS refere que médicos e enfermeiros não realizam de forma rotineira a avaliação dos pés das pessoas com DM2. Os autores caracterizaram



a prática destes profissionais, como de “inércia clínica”, ou seja, que haveria uma omissão por parte do profissional em realizar determinado procedimento mesmo que exista indicação e evidências para tal (ANTUNES, 2020). Para além da ausência de material adequado para realizar os diversos procedimentos, a quase ausência de especialistas para referenciar os pacientes, há também necessidade de educação permanente para com os profissionais da APS, para reforçar a necessidade premente de avaliar os pés dos diabéticos, para assim diminuir a incidência de amputação e oferecer uma atenção de qualidade.

Dessa forma, é necessário que o cuidado as pessoas acometidas por DM2 seja planejado de forma individualizada já que há melhores resultados na adesão e mudanças de estilo de vida (MENDES, 2011). Além disso, deve-se buscar a integralidade do cuidado incluindo profissionais da equipe multiprofissional (com por exemplo enfermeiros, nutricionistas e dentistas) no sentido de superar a centralidade médica como único profissional protagonista do cuidado (RAMOS *et al.*, 2016; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2022).

Nesse sentido, cabe às equipes de saúde da APS orientar as pessoas com DM2 sobre a importância dos cuidados rotineiros, sejam preventivos e/ou curativos, sobre os seus pés, e avaliar os pés dos usuários diabéticos assim como organizar o acesso destas pessoas para realização deste procedimento. Também a APS deve funcionar como coordenadora do cuidado, ou seja, a pessoa deveria estar vinculada a uma Unidade Básica de Saúde onde deveriam ser realizados a maioria dos cuidados e encaminhamentos necessários para uma assistência integral e de qualidade. Isso inclui o acesso a várias especialidades principalmente cirurgia vascular, fisioterapia e aquisição de calçados especiais. Uma linha de cuidado organizada com acesso e acompanhamento sistemático nos diferentes níveis de atenção reduz as amputações (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016).

As mudanças exigidas no cuidado do DM2 trazem grandes desafios para a vida do indivíduo. Neste estudo observamos que muitas vezes, as orientações dos profissionais são transmitidas de uma maneira muito prescritiva e de cunho restritivo, principalmente relacionado à alimentação. O papel do profissional da saúde deveria ser de um agente facilitador e mobilizador no processo de adesão, incentivando mudanças e fortalecendo a capacidade de autocuidado do indivíduo. As orientações devem ser acessíveis à realidade das pessoas e de fácil compreensão, sempre adotando uma postura de tomada de decisão compartilhada e elaboração de plano conjunto de cuidados, estabelecendo metas realistas passíveis de execução, encorajando a autonomia e o autocuidado do contrário, a percepção da gravidade da doença só acontece após alguma complicação mais grave (RAMOS *et al.*, 2016; GROSSI; PASCALI, 2009).

Nesse contexto, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) possibilita uma nova abordagem, propondo a coparticipação dos sujeitos no seu cuidado, no intuito de melhorar os serviços de saúde e propor novas tecnologias de cuidado. Destaca-se como características desse modelo a



oferta de serviços de acordo com as necessidades da população, de modo integrado entre os diferentes pontos de atenção. Dentre os principais aspectos que fundamentam este modelo, está o autocuidado apoiado, caracterizado por apoiar o usuário no processo de (re) construção de sua própria saúde (MENDES, 2011).

No entanto, considera-se que ainda existem muitas falhas na estruturação das políticas públicas de saúde, em especial na gestão e assistência a pessoas com diabetes, o que limita o desenvolvimento de ações educativas na APS e a implementação de uma assistência ao indivíduo com DM2 que atenda o que é preconizado nos protocolos e no MACC, fragilizando as boas práticas no processo de cuidado, gerando desfechos não favoráveis de condições sensíveis à atenção primária, como a amputação.

Quando o desfecho não favorável da amputação acontece, percebe-se um despreparo dos serviços e profissionais no atendimento desses indivíduos. No presente estudo, diante dos relatos, nota-se que a insensibilidade e naturalização do processo de amputação pelos profissionais envolvidos, não havendo a necessária empatia, fundamental nessa situação. Segundo a literatura, a pessoa que vai passar por uma cirurgia sente-se fragilizada, pela incerteza da operação e dúvidas sobre o processo. No caso conversar sobre a amputação, é considerado, em termos comunicacionais, como uma notícia difícil ou como uma má notícia, já que altera drástica e negativamente a perspectiva de futuro do paciente e traz mudanças na sua vida. O profissional que transmite a notícia deve ter uma postura humana e ética, que garanta acolhida e informação adequada, minimizando a angústia gerada nesse processo (SEBASTIANI; MAIA, 2005; FITZPATRICK, 1999).

A decisão de amputar deve ser definida baseada em protocolos pela equipe médica e o indivíduo deve ser participante das decisões. O profissional deve estar aberto para dúvidas e esclarecimentos sobre os quais o paciente queira perguntar, estabelecendo uma comunicação aberta, provendo uma atenção individualizada e sensível. A entrevista pré-operatória, deve ser vista como parte fundamental do cuidado, objetivando informar o paciente sobre o que esperar da cirurgia, os benefícios e prejuízos, esclarecer dúvidas sobre temores relacionados à operação, bem como garantir os cuidados realizados para prevenir riscos ou complicações. Ainda em relação ao processo de amputação, a rede não está preparada para oferecer reabilitação de forma sistemática aos diabéticos amputados, fragilizando o cuidado.

A pessoa amputada tem repercussões emocionais e físicas incapacitantes. A pessoa após a amputação tem dificuldades em reconhecer o seu próprio corpo, o que leva à tristeza e muitas vezes à depressão. Também se instala uma incerteza em relação ao futuro, já que muitos deles perdem a capacidade laborativa e de realização de atividades cotidianas diárias. O isolamento social é uma realidade que muitos amputados vivenciam, já que há dificuldades importantes para a deambulação. Se o amputado é idoso se torna ainda mais vulnerável e dependente dos cuidados de uma rede de apoio muitas vezes inexistente. Sentimentos de medo e angústia frente à possibilidade de realizar uma nova amputação também ronda o dia a dia dos amputados, já que muitos deles não conseguem estabilização



da glicemia piorando o prognóstico da sua condição. As reações à amputação são variáveis, mas na maioria das pessoas predomina um sentimento de incapacidade e incertezas em relação ao futuro, assim como uma representação negativa de si mesmo (SANTOS *et al.*, 2019; OROSCO *et al.*, 2019, CARVALHO, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os itinerários terapêuticos dos seis sujeitos demonstraram as fragilidades da Rede de Atenção que se manifestam no diagnóstico tardio, na ausência de acompanhamento da DM2 levando ao agravamento do quadro clínico e amputação, falhas no preparo e acolhimento ao paciente durante a cirurgia e no acompanhamento pós cirúrgico e reabilitação, assim como a ausência de empatia em relação à pessoa com esse problema de saúde. Observamos uma baixa qualidade e ausência dos serviços de saúde no cuidado com os pés das pessoas com diabetes. O cuidado relacionado aos pés só se fez presente no momento da amputação. Foram muitos desencontros na busca por cuidado, situações traumáticas e falta de sensibilidade com sua condição de saúde.

Ressalta-se que o cuidado ao paciente portador de DM2 deve ser integral e respeitar as características de cada indivíduo ou grupo, além de suas crenças e conhecimentos. Para tal ações em saúde efetivas visando à prevenção do pé diabético podem evitar grande parte das amputações. É necessário que as equipes e profissionais da saúde da APS, olhem para esse problema como uma prioridade, estimulando o autocuidado, o atendimento interdisciplinar e a educação em saúde. Nesse sentido superar a inércia clínica dos profissionais se faz necessário. A instauração de programas de educação permanente relacionados à avaliação dos pés das pessoas com diabetes se faz necessário diante das dificuldades apresentadas pelos profissionais em incluir a avaliação dos pés das pessoas com DM2 na sua prática clínica.

Constata-se ainda a importância de se consolidar efetivamente uma linha de cuidado ao portador de DM 2 no sistema, no sentido de que o atendimento seja integral e humanizado em todos os níveis de atenção, bem como estabelecer um fluxo para que realmente a APS consiga ser coordenadora do cuidado e realizar o acompanhamento longitudinal e contínuo dos usuários.



REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2022 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, New York, v. 40, n. 1, p. 10-38, Jan. 2022. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/clinical/article/40/1/10/139035/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2022>. Acesso em: 21 fev. 2022.

ANTUNES, V. *Avaliação dos pés em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde*. 2020. Trabalho de conclusão de curso (Residência Multiprofissional em Saúde) – Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2020.

ARAÚJO, M. F. M. *et al.* Uso de medicamentos, glicemia capilar e índice de massa corpórea em pacientes com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. 5, p. 709-714, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/11.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 167-185.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. *Indicadores de saúde: relatório anual 2016*. Porto Alegre: [s. n.], 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CARVALHO, E. L. *Itinerário terapêutico de sujeitos portadores de diabetes mellitus acometidos por pé diabético*. Tipo 2. 2021. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/34303>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CECILIO, H. P. *et al.* Comportamentos e co-morbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 113-119, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0113.pdf>. Acesso



em: 21 fev. 2022.

DINIZ, I. V. *et al.* Fatores associados à amputação não traumática em pessoas com diabetes mellitus: um estudo transversal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 21, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.52484>. Acesso em: 24 fev. 2022.

DUNCAN, M. S.; GOLDRAICH, M. A.; CHUEIRI, P. S. Cuidados longitudinais e integrais a pessoas com condições crônicas. In: DUNCAN, M. S.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 892-904.

FITZPATRICK, M. The psychologic assessment and psychossocial recovery of the patient with an amputation. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Philadelphia, n. 361, p. 98-107, 1999.

FRÁGUAS, R.; SOARES, S. M. S. R.; BRONSTEIN, M. D. Depressão e diabetes mellitus. *Archives of Clinical of Psychiatry*, São Paulo, v. 36, p. 93-99, 2009. Supl. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36s3/05.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

GAGLIARDI, A. R. T. Neuropatia diabética periférica. *Jornal Vascular Brasileiro*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 67-74, 2003. Disponível em: <http://jvascbras.com.br/pdf/03-02-01/03-02-01-67/03-02-01-67.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

GAMBA, M. A. *et al.* Amputações de extremidades inferiores por Diabetes Mellitus: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 399-404, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tftC5mdYKcsqtMfMSPBM6hq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2022.

GENZ, J. *et al.* Socioeconomic factors and effect of evidence-based patient information about primary prevention of type 2 diabetes mellitus - are there interactions? *BMC Research Notes*, London, v. 7, n.1, p. 541, 2014. Doi:10.1186/1756-0500-7-541. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25134530/>. Acesso em: 21 fev. 2022.

GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. (org.). *Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus*. São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

MARTINS, L. R.; MATTOS, M. B.; DIERCKS, M. S. Itinerário terapêutico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que sofreram amputação do membro inferior: experiência do adoecimento. *Revista de Atenção à Saúde*, São Caetano do Sul, v. 18, n. 64, p. 72-84, abr./jun. 2020. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6284. Acesso em: 21 fev. 2022.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5,



p. 2297-2305, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

NASCIMENTO, R. C. R.M. *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 51, p. 19, 2017. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf. Acesso em: 23 fev. 2022.

OROSCO, S.S. *et al.* Caracterização de pacientes diabéticos submetidos a amputação em um hospital público. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 25-31, jun./ago. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190704_104614.pdf. Acesso em: 24 fev. 2022.

RAMOS, C. V. *et al.* Orientação alimentar para os diabéticos na estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v.10, n. 1, p. 202-210, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10941>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SANTOS, I. C. R. V. *et al.* Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3007-3014, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a25.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SANTOS, W. P. *et al.* Repercussões das amputações por complicações do pé diabético. *Revista de Enfermagem Atual in Derme*, Rio de Janeiro, v. 88 n. 26, maio/jun. 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/36>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SEBASTIANI, R. W; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, v. 20, p. 51 2005. Supl. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25568.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). *Epidemiologia e impacto global do Diabetes mellitus*. São Paulo: Clannad, 2020. p. 12-18. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

TESTON, E. F. *et al.* Nurses perspective on health education in Diabetes Mellitus care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, p. 2735-2742, 2018. Supl. 6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZGkvcBv4h3wdwk4sxPCM5jL/?lang=en>. Acesso em: 21 fev. 2022.

VITOI, N. C. *et al.* Prevalence and associated factors of diabetes in the elderly population in Viçosa, Minas Gerais, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 953-965, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00953.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.



Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 24 de fevereiro de 2022.

Aceito em 30 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

MATOS, Marina Bísio; MARTNS, Luana Ramalho; DIERCKS, Margarita Silva. Itinerário terapêutico de pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores: desencontros com os profissionais e o sistema de saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 140-156, 2022.





Intervenção cognitivo-comportamental em pessoa com fibromialgia: estudo de caso

The cognitive-behavioral intervention with a person with fibromyalgia: a case study

Eliana Ferreira Bender ¹

Evelise Rigoni de Faria ²

Ananyr Porto Fajardo ³

RESUMO

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica não inflamatória que pode prejudicar a qualidade de vida dos indivíduos. A literatura sugere que técnicas cognitivo-comportamentais para dor crônica podem contribuir para sua qualidade de vida. Este estudo objetivou produzir um roteiro de intervenção cognitivo-comportamental para a qualidade de vida de pessoas com fibromialgia e avaliar os efeitos da sua aplicação em indivíduos com essa condição. Trata-se de um estudo de caso único, no qual foi produzido um roteiro de intervenção cognitivo-comportamental constituído de quatro sessões individuais, aplicado a uma pessoa com fibromialgia vinculada a um serviço de saúde especializado de Porto Alegre, RS. Foram obtidos dados quantitativos e qualitativos para avaliar qualidade de vida e estado emocional pré- e pós-intervenção. No caso estudado, os resultados indicam que a terapia cognitivo-comportamental contribuiu para reduzir o nível de ansiedade de grave para moderado, bem como depressão e tristeza, além de melhorar a qualidade do sono da participante. Com base nestes desfechos, sugere-se o desenvolvimento de intervenções cognitivo-comportamentais que possam ser aplicadas na modalidade remota, visando promover a adesão dos pacientes às sessões. **Palavras-chave:** avaliação de tecnologias em saúde; fibromialgia; qualidade de vida; dor crônica; saúde coletiva.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a painful noninflammatory chronic syndrome that may harm the quality of life of individuals. The literature suggests that cognitive-behavioral techniques for chronic pain may contribute to their quality of life. This study aimed to produce a cognitive-behavioral intervention script for the quality of life of persons with fibromyalgia and to assess the effects of its application to individuals with this condition. This is a single case study in which a cognitive-behavioral intervention script was produced that consisted of four individual sessions, applied to a person with fibromyalgia connected to a specialized health service in Porto Alegre, RS, Brazil. Quantitative and qualitative data were obtained to assess the quality of life and the emotional state before and after the intervention. In the studied case, the results indicate that the cognitive-behavioral therapy contributed to reducing the anxiety level from severe to moderate, as well as the depression and sadness levels, besides improving the sleep quality of the participant. Based on these outcomes, the development of cognitive-behavioral interventions that may be applied in the remote modality is suggested, aiming to promote the adhesion of patients to the sessions.

Keywords: health technology assessment; fibromyalgia; quality of life; chronic pain; collective health.

¹ Psicóloga, Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS pelo Grupo Hospitalar Conceição. Neuropsicóloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atua no Serviço de Reumatologia e no Serviço de Mastologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Contribuição de autoria: Contribuiu no planejamento do estudo, revisão de literatura, coleta e análise dos dados, redação do manuscrito. Autora principal do estudo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7259-8556>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4861260582780658>

E-mail: ebender@ghc.com.br

² Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atua na Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

Contribuição de autoria: Contribuiu no planejamento do estudo, análise dos dados, revisão do manuscrito. Coorientadora do estudo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0053-6350>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1754405865274466>

E-mail: eveliser@ghc.com.br

³ Odontóloga, Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atua na Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Contribuição de autoria: Contribuiu no planejamento do estudo, análise dos dados, revisão do manuscrito. Orientadora do estudo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5501-3795>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9187146862477787>

E-mail: fananyr@ghc.com.br



INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica não inflamatória de etiologia desconhecida que apresenta manifestações no sistema musculoesquelético, podendo haver sintomas em outros aparelhos e sistemas orgânicos, sendo a principal característica a dor presente há no mínimo três meses (GOLDSTEIN *et al.*, 2002; SILVA, 2016). Também podem estar presentes depressão, cefaleia, dor temporomandibular, parestesias e distúrbios intestinais (CONSALTER; SANCHES; GUIMARÃES, 2010). As primeiras recomendações para orientar seu diagnóstico e tratamento no país foram publicadas pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (PROVENZA *et al.*, 2004). A literatura relata que a qualidade de vida das pessoas com esta síndrome incurável é prejudicada (HEYMANN *et al.*, 2010; PROVENZA; PAIVA; HEYMANN, 2006). Na concepção de Kirchner (2017), a abordagem multidisciplinar pode contribuir para elevar seu conforto com recursos farmacológicos e não farmacológicos; entre estes últimos, incluem-se as técnicas comportamentais, tais como psicoeducação, reestruturação cognitiva, treino assertivo, resolução de problemas e relaxamento muscular progressivo.

A terapia cognitivo-comportamental é a abordagem mais aceita no tratamento psicológico para dor crônica, sendo reconhecida nesta área desde a década de 1970, havendo relatos que evidenciam sua efetividade (BASTOS *et al.*, 2007; KIRCHNER, 2017). Nesta perspectiva, a dor é compreendida como um produto influenciado pela interação de comportamentos, sentimentos e pensamentos desadaptativos ao ambiente do indivíduo, que intensificam o quadro álgico como um sistema de retroalimentação. O tratamento auxilia a pessoa a identificar este processo desadaptativo, reconhecer o seu impacto sobre a dor e modificá-lo, produzindo melhoras na dor e na sua saúde em geral. Um estudo em cenário de atenção primária à saúde nos Estados Unidos (DeBAR *et al.*, 2022) identificou que esta modalidade de intervenção levou a desfechos modestos porém sustentados em relação a dor e incapacidade relacionada a este sintoma. Na Índia, estudo de Mozhi e Arumugam (2021) junto a pacientes com fibromialgia concluiu que a combinação de terapia cognitivo-comportamental com tratamento fisioterápico resultou em menor nível de depressão e de deficiência, além de melhor qualidade de vida dos participantes.

O produto aqui relatado é fruto da dissertação “Efeitos da aplicação de uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental em paciente com fibromialgia: Estudo de caso”, apresentada no Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, em 2020 (BENDER, 2020).

O objetivo deste estudo de caso foi produzir um roteiro de intervenção cognitivo-comportamental para a qualidade de vida de pessoas com fibromialgia e avaliar os efeitos da sua aplicação em indivíduos com essa condição.



METODOLOGIA

Delineamento

Trata-se de um estudo de caso único, integrado, com unidades múltiplas de análise (YIN, 2010). As análises envolveram dados qualitativos e quantitativos derivados do caso no qual foi aplicado o roteiro de intervenção cognitivo-comportamental, composto de quatro encontros semanais.

Cenário e Contexto do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Reumatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, localizado em Porto Alegre, RS. No período de outubro a dezembro de 2019, os médicos reumatologistas do serviço identificaram, durante suas consultas, os sujeitos que preenchiam os critérios de inclusão do estudo: usuários acompanhados há ≥ 1 ano no serviço; atendimento aos critérios de fibromialgia do *American College of Rheumatology* de 2010 validados à população brasileira por Heymann *et al.* (2017); e idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos aqueles com doenças difusas do tecido conjuntivo, espondiloartrites (quadros inflamatórios) e quadros psiquiátricos agudos com indicação de internação; e aqueles com doenças reumatológicas concomitantes ao agravo de nosso interesse.

Participante

Foram convidadas sucessivamente onze pessoas para participar do estudo, que consistia em realizar a intervenção cognitivo-comportamental, composta de quatro encontros semanais, e responder aos instrumentos de avaliação antes e depois da intervenção. Destas, sete recusaram a participação pela impossibilidade de atender à frequência semanal dos encontros, e três concordaram em participar e compareceram ao primeiro encontro, mas não deram sequência alegando motivos de dor ou questões financeiras. A décima primeira usuária do serviço que foi convidada a participar aceitou o convite e compareceu a todas as etapas previstas. Tinha iniciado o acompanhamento no Serviço de Reumatologia em junho de 2013, quando recebeu o diagnóstico. Na época do estudo, tinha 47 anos de idade e, no decorrer da aplicação do roteiro, recebeu o diagnóstico de sorologia positiva para o HIV. Neste relato, é identificada pelo nome fictício ‘Ana’.

Instrumentos e Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

O estudo seguiu a Resolução 466/2012 (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição mediante o número 3.649.661. Após apresentação do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela participante, seguiu-se a aplicação dos instrumentos previstos nesta etapa pré-intervenção (Quadro 1). A seguir, foi aplicado o roteiro de intervenção, cuja sequência semanal previa quatro sessões, com duração aproximada de 60 minutos cada.



A aplicação dos instrumentos e do roteiro foi realizada pela psicóloga do serviço e pesquisadora principal deste estudo. Após o último encontro previsto, os instrumentos foram reaplicados, com a inclusão da Entrevista de Avaliação da Intervenção, que foi realizada pela enfermeira do serviço.

Quadro 1. Instrumentos do estudo. 2020.

Instrumento	Variáveis investigadas	Características dos dados	Aplicação
Questionário sociodemográfico*	Escolaridade, estado civil, renda, classe econômica	Pesquisa de levantamento Dados categóricos e numéricos	Pré-intervenção
BAI (<i>Beck Anxiety Inventory</i>)**	Sintomas de ansiedade	21 itens, escores 0 a 63 Escores altos = maior severidade dos sintomas	Pré e pós-intervenção
BDI (<i>Beck Depression Inventory</i>)**	Sintomas depressivos	21 itens, escores 0 a 63 Escores altos = maior severidade dos sintomas	Pré e pós-intervenção
WHOQOL (<i>The World Health Organization Quality of Life—bref</i>) ⁺	Qualidade de vida geral e nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente	26 itens, escores de 1 a 5 Escores altos = melhor qualidade de vida	Pré e pós-intervenção
FIQR (<i>Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire</i>) ⁺⁺	Capacidade funcional, status de trabalho, sintomas psicológicos, físicos e dolorosos	21 itens, escores 0 a 100 Escores altos = maior prejuízo	Pré e pós-intervenção
Entrevista de Avaliação da Intervenção ⁺⁺⁺	Percepção de efeitos da intervenção sobre a saúde física, emocional, relações sociais e aprendizados quanto à doença	Sete questões abertas Dados qualitativos	Pós-intervenção

Fonte: *Pawlowski, 2011, **Cunha (2011), ⁺Fleck *et al.* (2000), ⁺⁺Ciconelli (2003), ⁺⁺⁺Carvalho (2009).

Além dos instrumentos e da entrevista de avaliação da intervenção, também foram considerados para fins de coleta de dados, os registros textuais realizados pela pesquisadora durante a aplicação do roteiro de intervenção, que não foi gravada. Quanto à análise dos dados, os instrumentos quantitativos foram analisados seguindo as orientações dos respectivos manuais, com o intuito de identificar e comparar os escores pré e pós-intervenção da participante. Já a entrevista de avaliação da intervenção foi analisada através da análise de conteúdo (BARDIN, 2011) buscando identificar relatos de efeitos da intervenção sobre a qualidade de vida da participante. Por fim, os registros textuais decorrentes da intervenção foram utilizados para ilustrar e melhor caracterizar o caso ‘Ana’ ao longo dos encontros de intervenção.

Plano de intervenção

Esta intervenção foi construída a partir de outras intervenções apresentadas na literatura (BRASIO *et al.*, 2012; KIRCHNER, 2017) e compreendeu quatro encontros:

1º Encontro: apresentação da intervenção à participante; levantamento de suas expectativas; psicoeducação, mediante a identificação de seu conhecimento prévio acerca da síndrome e forneci-



mento de informações sobre a condição.

2º Encontro: fortalecimento de sua autoestima; ensino de técnicas para lidar com episódios de dor, como reestruturação cognitiva e estratégias de enfrentamento da dor.

3º Encontro: aplicação da técnica de *mindfulness*, visando trabalhar consciência do corpo e relaxamento.

4º Encontro: desenvolvimento da distinção entre pensamentos e fatos, com o objetivo geral de reduzir a incapacidade, fortalecer a resiliência e aumentar os comportamentos de autocuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

‘Ana’ tinha 47 anos e convivia com o diagnóstico de fibromialgia desde os 40 anos de idade. Era oriunda de uma família de nível socioeconômico baixo e cursou até a 6ª série, tendo que parar os estudos para trabalhar e ajudar sua família com as despesas do lar. ‘Ana’ tinha dois filhos adultos, um casal. O pai deles fora casado com ‘Ana’, mas se separaram quando os filhos ainda eram crianças. A filha era casada e residia com o marido e a filha do casal, neta da participante. Já o filho havia sido casado e tinha um filho com diagnóstico de autismo, neto de ‘Ana’. Este menino não tinha mais contato com sua mãe, que fora embora após a separação, ocasião em que eles – filho e neto de ‘Ana’ – foram residir com a participante. Morava também nessa casa o segundo marido de ‘Ana’, que se consideravam separados, “*cada um no seu quarto*”, mas eventualmente mantinham relações sexuais. Apesar da baixa escolaridade, Ana se comunicava de forma clara e bem articulada, expressando conhecimento. A participante trabalhou de maneira informal como auxiliar de cozinha em uma empresa no passado, mas a fibromialgia impossibilitou que continuasse atuando. No momento da entrevista, ela fazia salgados em casa e vendia para pequenos eventos, como autônoma.

Quanto aos dados da participante, a aplicação do roteiro de intervenção resultou nos escores apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Resultados da participante referente aos instrumentos aplicados antes e depois da intervenção. 2020.

Instrumento	Antes da intervenção	Após a intervenção
BDI*	Nível moderado de depressão Escore = 30	Nível moderado de depressão Escore = 25
BAI*	Nível grave de ansiedade Escore = 33	Nível moderado de ansiedade Escore = 30
WHOQOL-bref⁺	Meio ambiente = 2,87 Emocional = 2,17	Meio ambiente = 2,87 Emocional = 3,00
FIQR⁺⁺	Afecção Vital Grave Escore = 78,17	Afecção Vital Moderada Escore = 75

Fonte: *Cunha (2011), ⁺Fleck *et al.* (2000), ⁺⁺Ciconelli (2003).



No uso de BDI que avalia depressão, verificou-se inicialmente desânimo com relação ao futuro, forte sentimento de culpa diante das suas falhas e a percepção de punição por algo. Esses aspectos se mantiveram após a aplicação da intervenção. Berber, Kupek, Berber (2005) demonstram uma correlação entre alguns aspectos da qualidade de vida e depressão em pessoas com fibromialgia, devido a prejuízos na funcionalidade física e percepção da dor, com impactos na funcionalidade social, saúde mental, e percepção da saúde em geral.

No BAI, inicialmente, o medo de perder o controle foi percebido como algo difícil de suportar; após a aplicação da intervenção, passou a ser percebido como desagradável, porém suportável. Isso sugere, conforme mencionado por Brasio *et al.* (2012), a continuidade do uso técnicas de relaxamento e reestruturação cognitiva como possibilidade de intervenção psicológica para o tratamento da síndrome.

Os escores alcançados no WHOQOL-bref (FLECK *et al.*, 2000), que avalia a qualidade de vida, não indicaram alteração no domínio que envolve a saúde física nem no domínio relacionado ao meio ambiente no que diz respeito aos escores pré e pós-intervenção. Porém, houve alterações indicando melhoria no domínio relacionado à saúde psicológica e relações sociais.

Mudanças ou permanências de estados associados à qualidade de vida podem ser mais bem compreendidas pela análise dos relatos obtidos da participante ao longo dos encontros e na Entrevista de Avaliação da Intervenção. O Quadro 3 resume estas informações.

Quadro 3. Dados qualitativos sobre qualidade de vida com base na entrevista de avaliação e respectivos excertos. 2020.

Domínio	Registros dos encontros de intervenção	Relatos da participante
Domínio I Saúde física	Ao final da intervenção, 'Ana' continuava sentindo dor, fadiga e falta de energia, mas estava dormindo melhor, o que lhe oferecia uma sensação de mais energia. Mesmo com dores, realizava as atividades da vida diária e seguia trabalhando na produção de salgadinhos.	<i>Não posso parar de fazer as coisas, mesmo com dor. Sou eu quem sustenta a casa, meu neto precisa de remédios e alguns o posto não dá.</i>



Domínio II Psicológico	‘Ana’ tinha uma autoestima baixa, mas reconhecia, através do cuidado com os filhos e o neto, que conseguia sustentar e dar afeto a eles. Não estava insatisfeita com sua aparência; referiu que engordou após o uso das medicações. Antes das sessões vinculadas ao estudo, sua postura era mais pessimista em relação à vida, e estava reavaliando suas crenças pessoais.	<i>(...) o que chamou minha atenção é que tenho que melhorar os pensamentos e relaxar para não sentir tanta dor... mudou meu jeito de ver a fibromialgia e que tenho que cuidar mais de mim.</i>
	No último encontro, ‘Ana’ referiu que tinha recebido o resultado positivo para HIV e que isso a desestabilizou emocionalmente.	<i>“E agora?”</i>
Domínio III Relacionamento Social	Esse domínio teve uma alteração não pela mudança externa, mas por uma mudança de postura da participante.	<i>(...) estou mais tranquila, menos ansiosa, talvez não tentando resolver tudo.</i>
	Passou a reconhecer que não tinha que resolver tudo, precisava dar espaço para os outros aprenderem a resolver seus problemas e que poderia pedir ajuda.	<i>Precisamos nos conhecer para poder lidar com a fibro e precisamos de ajuda profissional... porque é difícil conseguir sozinha.</i>
Domínio IV Ambiente	‘Ana’ não gostava do local onde morava, achava muito barulhento, mas percebia que o momento, muito em função da questão financeira, não permitia fazer alterações.	<i>Agora, como estou sem emprego, não tenho como mudar, quando fui morar lá não passava tanto caminhar.</i>
	O fato de ter um espaço que a acolheu não interferiu com a questão do meio ambiente, mas trouxe consequências em outras áreas. ‘Ana’ havia sido encaminhada, inicialmente, para fazer seu tratamento em Infectologia em serviço próximo a sua residência em sua cidade, o que a desagradava por conhecer muitas pessoas e por seu ex-companheiro já estar fazendo o tratamento lá. Ana, então, foi encaminhada para realizar o tratamento na unidade hospitalar onde já realizava o tratamento reumatológico, o que lhe trouxe um sentimento de proteção e manifestação de gratidão.	<i>Lá eu não ia me sentir bem, os meus vizinhos iam me ver indo lá e tem dia para esse atendimento, aqui eu me sinto mais segura.</i>

Fonte: Autoras, (2021).

No questionário sobre o impacto da fibromialgia na qualidade de vida – FIQR (CICONELLI, 2003), não houve alteração relacionada à intensidade da dor ou sintomas físicos. No entanto, houve leve melhora da qualidade do sono e dos sintomas de depressão/tristeza e ansiedade, caracterizando um quadro moderado e não grave como no início da intervenção. Em nenhum momento ela referiu problemas de memória, que é um item também avaliado pelo instrumento FIQR.



A qualidade de vida é consideravelmente afetada em pessoas com este agravo, principalmente em áreas de atividade intelectual, função física, estado emocional e qualidade do sono, o que influencia de forma determinante na capacidade de trabalhar, assim como na atividade sociofamiliar (CROF-FORD *et al.*, 2005). Um número significativo apresenta uma síndrome dolorosa crônica incapacitante com intensa afecção da qualidade de vida, o que leva à perda parcial ou completa da atividade laboral em uma percentagem aproximada de 25-50% delas, segundo diversos estudos realizados em diferentes países (BIRTANE *et al.*, 2007). O agravo não diminui a expectativa de vida, mas pode afetar de forma importante a capacidade funcional e limitar as atividades de vida diária, ainda que essa perda possa não ser progressiva e irreversível em todos eles.

Ana retratou essa condição ao referir que tinha trabalhado informalmente em uma empresa: “Não tinha carteira assinada, mas quando as dores começaram a dificultar que eu fosse trabalhar todos os dias, eles me mandaram embora”. Essa situação interferiu diretamente na condição financeira da família, pois era ela quem tinha o papel de provedora do ex-companheiro, do filho e do neto.

O fator social e as diferentes capacidades econômicas em torno das pessoas com fibromialgia, suas possibilidades ou não de uma profunda alteração de toda uma postura profissional e/ou familiar podem provocar uma evolução positiva ou negativa da doença, contribuindo ou não para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo (PROVENZA, 2004). É uma condição mal compreendida, inclusive pela comunidade científica que procura respostas para ela e outros agravos crônicos. No entanto, a sensibilização da sociedade em geral já começa a ser realidade, especialmente pela sua divulgação nos meios de comunicação social, o que poderá vir a facilitar que muitos dos constrangimentos com os quais os doentes se deparam atualmente sejam gradualmente ultrapassados. Apesar da dor, sofrimento e desespero, é possível lidar com a situação de modo eficaz, de forma a verificar-se uma melhoria na qualidade de vida dos doentes e daqueles que os rodeiam (ROCHA, 2013).

As pessoas controladas em consultas apresentam uma síndrome dolorosa continuada durante anos, com flutuações nos sintomas, que raramente remitem. Ana refere: “Ajudou-me a ver que tenho que me disciplinar e preciso do apoio. Tenho que melhorar os pensamentos e relaxar para não sentir tanta dor. (...) Estou mais tranquila, menos ansiosa, talvez não tentando resolver tudo”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo de caso sugeriu que a terapia cognitivo-comportamental pode contribuir para a melhora da qualidade de vida de pessoas com fibromialgia, sobretudo no que se refere ao aspecto psicológico, aumentando sua autoestima, controle emocional e reconhecimento de sua condição. Dessa forma, o presente roteiro de intervenção pode compor, de forma complementar, a atenção em saúde a esses indivíduos.

No entanto, uma vez que se trata de um estudo de caso realizado com uma única participante



e sem a pretensão de se obter generalização dos achados, indica-se a aplicação do roteiro proposto em um número maior de pessoas com a condição, podendo ser realizada individualmente ou em grupos, de modo a proporcionar maior visão e impacto aos estudiosos e profissionais de saúde e, possivelmente, contribuir para sua validação como protocolo. Considerando que, durante o recrutamento de participantes, foram identificadas dificuldades por parte dos usuários em comparecerem aos encontros, propõe-se que se possa aliar a essa proposta de roteiro uma tecnologia que permita sua aplicação de forma remota.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, D. F. *et al.* Dor. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-96, jun. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2022.

BENDER, E. F. *Efeitos da aplicação de uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental em paciente com fibromialgia: Estudo de caso*. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS) – Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2020.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 45, n. 2, p. 47-54, abr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/F68Rmk4L-txPB6vDrR7Cg6fb/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BIRTANE, M. *et al.* The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. *Clinical Rheumatology*, Brussels, v. 26, n. 5, p. 679-684, May 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIO, K. M. *et al.* Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: treino de controle de stress, relaxamento progressivo e reestruturação cognitiva. *Revista Ciências Médicas*, Campinas, v. 12, n. 4, p. 307-318, 2012. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1246>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CARVALHO, F. T. *Contribuições de uma intervenção psico-educativa para as estratégias de enfrentamento e a qualidade de vida de gestantes portadoras de hiv/aids*. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17212>. Acesso em: 15 fev. 2022.



CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 43, n. 2, p. 9-13, 2003.

CONSALTER, E.; SANCHES, M. L.; GUIMARÃES, A.S. Correlação entre disfunção temporomandibular e fibromialgia. *Revista Dor*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 237-241, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1469.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CROFFORD, L. J. *et al.* Pregabalin for the Treatment of Fibromyalgia Syndrome Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Arthritis and rheumatism*, Atlanta, v. 52, n. 4, p. 1264-73, 2005.

CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DeBAR, L. *et al.* A primary care-based cognitive behavioral therapy intervention for long-term opioid users with chronic pain: A randomized pragmatic trial. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 175, n. 1, p. 46-55, Jan. 2022. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M21-1436>. Acesso em: 29 abr. 2022.

FLECK, M. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GOLDSTEIN S. *et al.* Dysautonomias: clinical disorders of the autonomic nervous system (NIH Conference). *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 137, n. 9, p. 753-763, 2002. Disponível em: <http://www.newlinemedical.com/assets/images/gui/AFA%20IMP%20HANDOUT%20MATERIAL.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

HEYMANN R. E. *et al.* Brazilian consensus on the treatment of fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 50, n. 1, p. 56-66, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/VD3Vcmj5QPNbM6MDcHGwF3f/?lang=en>. Acesso em: 15 fev. 2022.

HEYMANN, R. E. *et al.* Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 57, p. 467-476, 2017. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/kCdwgDXPSXQMSXn5VKMFB3x/?lang=pt&format=html>. Acesso em 15 fev. 2022.

KIRCHNER, L. F. *Intervenção comportamental para mulheres com fibromialgia e má qualidade do sono ou insônia*. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9305>. Acesso em: 15 fev. 2022.



MOZHI, A.; ARUMUGAM, N. Efeitos da terapia cognitivo-comportamental em pacientes com fibromialgia: um estudo cego, randomizado e controlado. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, Salvador, v. 11, n. 1, p. 40-49, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i1.3309>. Acesso em: 29 abr. 2022.

PAWLOWSKI, J. *Instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN: evidências de validade de construto e de validade incremental à avaliação neurológica*. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27835>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PROVENZA, J. R. *et al.* Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 44, n. 6, p. 443-449, dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/xKmJCGfP8SQnPqngfQ-9CS7w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PROVENZA, J. R.; PAIVA, E.; HEYMANN, R. E. Manifestações clínicas. In: HEYMANN, R. E. (org.). *Fibromialgia e síndrome miofascial*. São Paulo: Legnar, 2006. p. 31-42.

ROCHA, A. S. R. M. *Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crônica*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3884/1/Tese%20Final.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SILVA, J. L. *Fibromialgia: caracterização e tratamento*. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Farmácia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em: <https://silo.tips/download/fibromialgia-caracterizaao-e-tratamento>. Acesso em: 15 fev. 2022.

YIN, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 24 de fevereiro de 2022.

Aceito em 25 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

BENDER, Eliana Ferreira; FARIA, Evelise Rigoni; FAJARDO, Ananyr Porto. Intervenção cognitivo-comportamental em pessoa com fibromialgia: estudo de caso. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 157-167, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-12>
<https://revista.ghc.com.br/>

Fatores que influenciam na amamentação em mulheres atendidas no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Mato Grosso do Sul

Factors that influence breastfeeding among women seen at the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados – Mato Grosso do Sul, Brazil

Sarah de Souza Araújo ¹
Priscila de Souza Araújo ²
Emília Alonso Balthazar ³

¹ Mestre pelo programa de Pós-graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos da Faculdade de Engenharia (FAEN) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD); Residência em Saúde Materno-Infantil do Hospital Universitário (HU) da UFGD, Dourados – MS.

Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2970-4258>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8537324993692376>
Email: sarah_de_souza@yahoo.com.br

² Mestre pelo programa de Pós-graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos da FAEN/UFGD, Dourados – MS.

Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2811-2373>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1409423681447621>
Email: pry_rj@hotmail.com

³ Prof.^a Dr.^a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário (HU) da UFGD, Dourados – MS.

Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7436599393047599>
Email: emiliabalthazar@ufgd.edu.br

RESUMO

O desmame precoce é uma realidade no Brasil, apesar do incentivo a prática do aleitamento materno. Vários fatores podem estar associados, como biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e demográficos. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi conhecer os fatores que estão associados ao desmame precoce em puerpério prévio e puerpério atual após um mês da realização do parto. Trata-se de um estudo longitudinal, analítico e quantitativo, realizado no período de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil (2018-2020) e aprovado pelo comitê de pesquisa do hospital e do comitê de ética e pesquisa em seres humanos. Foram coletados dados sociodemográficos e dados referentes à amamentação em puerpério prévio, gestação atual e puerpério atual após um mês da realização do parto de gestantes atendidas nos setores do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul, no ano de 2018-2019. Após análises estatísticas e Teste qui-quadrado (χ^2), utilizando o programa BioEstat 5.3®, os resultados desse estudo. Porém, chama a atenção a baixa prevalência do apoio profissional no período gestacional (35,3%), o que pode ter contribuído com o desmame precoce (62,5%), e a piora no conhecimento do tempo máximo em cada seio e intervalo entre as mamadas no período pós-parto, além da oferta de chá, água ou papa principal ao bebê no primeiro mês de vida (35,4%), mesmo apresentando conhecimento sobre a oferta de apenas leite materno até completar os seis meses de vida (59,6%) na gestação. Conclui-se que não houve associação entre as variáveis analisadas em puerpério prévia com as do puerpério atual e após um mês da realização do parto. Mas, a baixa quantidade de orientações e baixo apoio ao aleitamento materno no pré e pós-natal, especialmente dos profissionais de saúde pode favorecer o aumento do desmame precoce, por isso é importante o conhecimento desses fatores para promover ações visando a promoção da amamentação.

Palavras-chave: aleitamento materno; desmame precoce; fatores de risco, pré-natal, puerpério.

ABSTRACT

Early weaning is a reality in Brazil despite the incentive to breastfeed. Several factors may be associated, such as biological, psychological, socioeconomic, cultural, and demographic factors. In this context, this study aimed to learn the factors associated with early weaning in previous puerperia and the current puerperium one month after the delivery. This is a longitudinal, analytical, and quantitative study carried out in the period of Multiprofessional Residency in Maternal and Child Health (2018–2020) and approved by the research committee of the hospital and the human research ethics committee. We collected sociodemographic data and data regarding breastfeeding in previous puerperia, the current pregnancy, and the current puerperium one month after the delivery of pregnant women seen in the sectors of the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados in Dourados, Mato Grosso do Sul, Brazil, from 2018 to 2019. After statistical analyses and the chi-squared test (χ^2) using the program BioEstat 5.3®, the results of this study. However, the low prevalence of professional support in the gestational period (35.3%) draws attention since it may have contributed to the early weaning (62.5%) and the worsening in the knowledge of the maximum time on each breast and the interval between feedings in the postpartum period, besides the offering of tea, water, or pap to the baby in the first month of life (35.4%), despite presenting knowledge during the pregnancy of the offer of only maternal milk until completing six months of life (59.6%). It was concluded that there was no association between the variables analyzed in previous puerperia and those of the current puerperium and one month after the delivery. However, the low amount of directions and support for breastfeeding in the prenatal



and postnatal periods, especially from health professionals, may favor the increase in early weaning, so knowing such factors is important to promote actions aiming to encourage breastfeeding.

Keywords: breastfeeding; early weaning; risk factors; prenatal; puerperium.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) e sua prática é a melhor maneira de alimentar as crianças até os seis meses de vida, sendo que em muitos casos, é responsável pela sobrevivência das crianças em situações de vulnerabilidade, pois atua no combate à fome extrema e desnutrição estabelecida nos dois primeiros anos de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A recomendação é que todos os bebês sejam amamentados exclusivamente com leite materno até o sexto mês de vida e, após essa idade, o aleitamento materno deve ser complementado com outros alimentos até dois anos ou mais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2015).

O AME traz inúmeros benefícios à saúde dos recém-nascidos, pois além de nutrir, previne contra diversas doenças, dentre elas, as respiratórias, gastrintestinais, desnutrição, obesidade, diabetes e reduz a mortalidade infantil (OLIVEIRA *et al.*, 2015; 2021; VIEIRA *et al.*, 2018; FERNANDES e HÖFELMANN, 2020; CODIGNOLE *et al.*, 2021). Há evidências suficientes de que também beneficia o comportamento neurocognitivo das crianças lactentes (HOSSAIN *et al.*, 2019). Também beneficia a nutriz, por contribuir na recuperação pós-parto, tendo efeito protetor contra câncer mamário, de útero, de ovário, além de estimular o vínculo afetivo mãe-filho (OLIVEIRA *et al.*, 2015; 2021; FERNANDES e HÖFELMANN, 2020; CODIGNOLE *et al.*, 2021).

Apesar das políticas que promovem o AME, a prevalência no Brasil é apenas de 45,7% e no Centro-Oeste de 44,1% (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2020), o que mostra baixas taxas de amamentação (OLIVEIRA *et al.*, 2021), devido a não adesão a sua prática e o abandono precoce. Isso pode ser em decorrência da influência de diversos fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e demográficos (OLIVEIRA *et al.*, 2015; 2021; VIEIRA *et al.*, 2018; FERNANDES e HÖFELMANN, 2020).

Há evidências científicas de que a interrupção precoce da amamentação pode ocorrer devido a diversos fatores, dentre eles, a fissura mamilar nas nutrizes; falta do apoio familiar; conhecimento da técnica de amamentação insuficiente e falta de apoio profissional no pré e pós-natal (TENÓRIO *et al.*, 2018; CODIGNOLE *et al.*, 2021). O desmame precoce pode gerar riscos à saúde dos lactantes, como a morte por diarreia, infecções respiratórias agudas e outras doenças infecciosas (BOMFIM *et al.*, 2021), além de gerar impactos no planeta, dentre eles, o desmatamento para criação de gado leiteiro e seus consequentes poluentes (gás metano) (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Nesse contexto, percebe-se a relevância do conhecimento sobre amamentação das mães e a importância de apoio familiar e profissional na manutenção da amamentação com vistas de prevenção do desmame precoce e a alimentação inadequada do lactente.



Diante do exposto, e a partir da observação de gestantes e puérperas, realizada pelas pesquisadoras deste estudo em setores do hospital em que realizam assistência pré-natal e puerpério, surgiu o interesse em desenvolver esse projeto de pesquisa com o objetivo de conhecer a realidade das mães que frequentam o Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), identificar o perfil, dificuldades na amamentação, o conhecimento prévio e atual sobre amamentação e apoio profissional e familiar durante e após a gestação.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal analítico, quantitativo que faz parte de um projeto maior intitulado “Fatores que interferem no aleitamento materno: percepções de mães (gestantes e nutrizes)”, onde a escolha do hospital para a realização da pesquisa partiu do princípio da maternidade do hospital ser referência no atendimento ginecológico e obstétrico, atendendo a região de Dourados e municípios circunvizinhos, estado Mato Grosso do Sul (MS).

A coleta de dados para o presente estudo foi realizada no período de junho de 2018 a junho de 2019, e o tamanho amostral (n) foi obtido dos resultados parciais do projeto maior.

Foram convidadas para participar do estudo as gestantes de qualquer faixa etária atendidas nos ambulatórios do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), bem como no Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico (PAGO) e em outros setores do hospital. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: ser gestante usuária do hospital universitário e mulheres aptas para amamentar, ou seja, aquelas que não apresentavam contraindicações para a prática da amamentação. Não foram admitidas no estudo gestantes em estado clínico grave, parcialmente ou absolutamente contraindicadas para amamentar devido a diagnóstico médico (desde o pré-natal até o pós-natal) e gestantes indígenas.

Na primeira etapa, foi aplicado questionário semiestruturado nas gestantes, o qual contemplava as seguintes variáveis sociodemográficas: idade materna, escolaridade, renda familiar per capita mensal, situação conjugal, número de gestações prévias; dados referentes ao aleitamento materno (AM): experiência prévia com amamentação, ausência prévia de prática do AM, desmame precoce em puerpério prévio, dificuldades na amamentação em puerpério prévio, conhecimento sobre tempo mínimo e máximo de permanência ao seio e intervalo entre as mamadas na gestação atual, apoio familiar e apoio profissional na gestação atual e conhecimento sobre oferta de alimentos antes de completar seis meses. O apoio familiar e profissional refere-se ao recebimento de orientações, incentivo e auxílio nas dúvidas sobre amamentação.

A segunda etapa da entrevista foi realizada a partir do contato via telefone um mês após o parto. Para a coleta de dados foi aplicado um segundo questionário semiestruturado, que abordava sobre dificuldades referentes ao AM no puerpério atual após um mês da realização do parto, desmame precoce e manutenção do AM durante o período da pesquisa, conhecimento sobre tempo mínimo



e máximo de permanência ao seio e intervalo entre as mamadas, e conhecimento sobre oferta de alimentos antes de completar seis meses de idade e oferta de alimentos no primeiro mês de vida do neonato.

Foi utilizado como parâmetro adequado de aleitamento materno exclusivo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993), adotada também pelo Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2015), que define aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, não sendo ofertado líquidos ou sólidos.

Os dados foram digitados no programa BioEstat 5.3 ® e submetidos a estatística quantitativa e descritiva. As variáveis foram analisadas por meio de associações entre as respostas do puerpério prévio, gestação atual e do puerpério atual após um mês da realização do parto utilizando-se o teste qui-quadrado (χ^2). O nível de significância considerado será de 5% ($p > 0,05$) em todas as comparações.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados e aprovado sob o parecer 2.491.672 e registrado na Plataforma Brasil sob número de CAAE: 80226617.0.0000.5160. Esta pesquisa respeitou todos os preceitos éticos dispostos nas Resoluções do CNS/CONEP nº 466/12 e 510/16, e as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento ($n=99$ mulheres que responderam no início do estudo e estas responderam após um mês da realização do parto).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das gestantes entrevistadas ($n=99$), 33,3% eram primigestas, 71,7% estavam na faixa etária entre 18 e 35 anos, sendo que foram identificadas 11,1% de adolescentes. Entre as entrevistadas, 43,4% possuíam o ensino médio. Em relação à situação conjugal, 78,8% declararam a presença de um companheiro. A renda familiar per capita mensal da maioria (67,7%) era menos que um salário-mínimo (Tabela 1). Das gestantes que tiveram gestações prévias (63,6%), 93,7% amamentaram em gestação prévia e 76,3% amamentaram em todas as gestações anteriores. Nesse estudo houve uma prevalência considerada de múltiparas (23,7%) que não amamentaram em todas as gestações (Tabela 1). Pode-se verificar pelo perfil das mães, que a maioria apresentou baixa renda per capita (menos de um salário-mínimo) e não frequentaram o ensino superior, e estas características são consideradas de risco para o desmame precoce (NERI *et al.*, 2019, FERNANDES *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021; CODIGNOLE *et al.*, 2021).

Segundo Neri *et al.* (2019), Fernandes *et al.* (2020) e Santos *et al.* (2021), a escolaridade pode influenciar no sucesso do aleitamento materno exclusivo. Isso ocorre devido ao grau mais elevado de instrução contribuir com o recebimento de informações científicas acerca dos benefícios da amamentação, o que gera menor influência externa e rejeição de práticas que prejudicam o processo de amamentação materna.



Apesar da falta de consenso sobre a influência da renda no desmame precoce, classicamente a baixa renda é associada a fatores que levam ao desmame precoce, como a necessidade de ter que trabalhar (NERI *et al.*, 2019; FERNANDES *et al.*, 2020), e não ter conhecimento do modo que continuará ofertando o leite materno, a falta de conhecimento de como amamentar corretamente e a pega e posição incorretas que geram algum desconforto (MORENO; SCHMIDT, 2014).

A presença do cônjuge pode auxiliar com o início do aleitamento materno e manutenção por mais tempo, quando eles ofertam suporte emocional, social e econômico (FERNANDES *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2021). O suporte emocional a partir de atitudes e expressões verbais favoráveis a prática da amamentação podem estimular e valorizar a amamentação.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, paridade e amamentação prévia de gestantes assistidas no Hospital Universitário de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2018-2019.

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
<18	11	11,1
18-35	71	71,7
>35	17	17,1
Total	99	100,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental (Completo/Incompleto)	39	39,4
Ensino Médio (Completo/Incompleto)	43	43,4
Ensino Superior (Completo/Incompleto)	16	16,2
Não informado	1	1,0
Total	99	100,0
Renda percapita familiar mensal		
< 1 salário-mínimo	67	67,7
1 salário-mínimo	19	18,2
2-3 salários-mínimos	3	4,0
Não informado	10	6,1
Total	99	100,0
Estado civil		
Casado/União estável	78	78,8
Solteiro/Viúva	21	21,2
Total	99	100,0
Número de Gestações prévias		
Nenhuma	33	33,3
1	23	23,2
2	19	19,2
3	21	21,2
Aborto	3	3,0
Total	99	100,0
Amamentação gestação prévia		
Sim	59	93,7
Não	4	6,3
Total	63	100,0
Amamentaram em todas as gestações		
Sim	45	76,3
Não	14	23,7
Total	59	100,0

Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

Estudo mostra que as mães primíparas são as que menos amamentam exclusivamente ao seio, necessitando de maior atenção da equipe de saúde e uma educação no pré-natal mais qualificada com escuta acolhedora, a fim de emponderá-las para que resistam às pressões sociais do desmame (QUELUZ *et al.*, 2012). Corroborando com esses achados, o estudo de Ferreira *et al* (2018) apresentou correlação significativa ($p=0,001$) entre as gestações prévias com a prática do AME, sendo essa



experiência anterior considerada fator de proteção à adesão ao aleitamento materno. Santos et al. (2021) mostrou associação limítrofe na relação da interrupção do aleitamento materno em até 45 dias após o parto com a experiência prévia em amamentação.

Huang *et al.* (2019), em seu estudo observou que a experiência bem-sucedida na amamentação predispõe a mulher amamentar exclusivamente o próximo filho. A experiência de gestação anterior é descrita como fator protetor frente à adesão ao aleitamento materno (FERREIRA *et al.*, 2018). Entretanto, a amamentação mal estabelecida ou acompanhada de complicações pode levar ao abandono precoce do aleitamento materno (HENRIQUES; MARTINS, 2011) e a desenvolver sentimentos ambíguos na mulher, como alívio, mas também tristeza, frustração, ansiedade, culpa e revolta por não ter conseguido amamentar o seu filho (HENRIQUES; MARTINS, 2011; CORTÉS-RÚA; DIÁZ-GRÁVALOS, 2019).

A experiência da amamentação pode sofrer influência da representação positiva, quando as mães que foram amamentadas ou que viram outras mães amamentar decidem o fazer, mas também da representação negativa, quando as mães sofrem pressão exercida pelos familiares ou pelos amigos devido às experiências transmitidas não serem positivas, o que contribui negativamente para a sua experiência. Além disso, a própria experiência insatisfatória com outros filhos é um fator condicionante do aleitamento materno que poderá determinar a aceitação prévia da incapacidade para amamentar o novo bebê (HENRIQUES; MARTINS, 2011).

A Tabela 2 mostra que das 22 (37,3%) gestantes que pararam de amamentar por dificuldades no puerpério prévio, 38,2% estavam apresentando dificuldades no puerpério atual e 20,0% já tinham desmamado precocemente. Das gestantes que não pararam de amamentar por apresentaram dificuldades no puerpério prévio com a amamentação, 61,7% estão com dificuldades em amamentar atualmente e 80,0% já desmamaram precocemente. Portanto, percebe-se que a presença de experiências positivas ou negativas com a amamentação, não influenciou na melhora ou piora das dificuldades com a amamentação atual ($p>0,05$). As mães do estudo realizado por Henriques e Martins (2011) referiram (8,7%) que a má experiência com os filhos anteriores foi fator decisivo no insucesso desta experiência.

As puérperas, em sua maioria, mantiveram o aleitamento materno após um mês da realização do parto, o que mostra elevada adesão ao aleitamento materno no primeiro mês após o parto. Mas, há presença de desmame do aleitamento materno no primeiro mês (Tabela 2), e isso pode ocorrer devido às dificuldades em relação ao aleitamento materno surgirem nas primeiras semanas após o parto (TAVEIRO *et al.*, 2020). Também se deve lembrar que essa prevalência de desmame pode aumentar nos meses subsequentes se as dificuldades não forem sanadas. De acordo com a World Health Organization (WHO) (2003), o número daquelas que amamenta reduz antes de o bebê completar os primeiros seis meses de vida. Sampaio *et al.* (2011), demonstraram 80% de aleitamento materno exclusivo em bebês com até 15 dias de vida, porém, esse índice reduziu para 21,2% entre quatro e



cinco meses de vida. Essa redução do AME ao longo do tempo também foi observada no estudo de TAVEIRO *et al.* (2020), com dez dias pós-parto 90% das mães estavam amamentando seus filhos exclusivamente ao seio, reduzindo aos 3 meses para 57,5% e ao final do sexto mês apenas 12,5% ainda estavam em AME com significância estatística ($p=0,003$).

Tabela 2. Dificuldades e interrupção da amamentação de mulheres assistidas no Hospital Universitário de Dourados, em puerpério prévio e no puerpério atual após um mês da realização do parto.

	Pararam de amamentar por apresentarem dificuldades em puerpério prévio n (%)	Dificuldades no puerpério atual n (%)		p*	Manutenção do aleitamento atualmente n (%)		p*
		Sim	Não		Sim	Não	
Sim	22 (37,3)	13 (38,2)	9 (36,0)		21 (61,1)	1 (20,0)	
Não	37 (62,7)	21 (61,7)	16 (64,0)	0,9228	33 (38,9)	4 (80,0)	1,00
Total	59 (100,0)	34 (100,0)	25 (100,0)		54 (100,0)	5 (100,0)	

$p>0,05$ não há diferença significativa.

Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

As dificuldades na amamentação relatadas ($n=28$ dificuldades) pelas gestantes no puerpério prévio neste estudo foram a fissura mamilar (28,6%), mamilos invertidos (10,7%), dificuldade na pega (10,7%), demora na descida do leite (17,9%), retorno ao trabalho (17,9%) e outras dificuldades não especificadas (14,2%). Já em relação ao puerpério atual, as dificuldades na amamentação ($n=69$) foram: fissura mamilar (59,4%), dificuldade na pega (21,7%), demora na descida do leite (14,5%), mamilos invertidos (2,9%), criança não ganhou peso (1,4%) (dados não mostrados em tabelas). Moreno e Schmidt (2014) identificaram a pega incorreta (80,5%) e fissura mamilar (38,5%) como as principais dificuldades nos dez primeiros dias após o parto.

As mulheres primíparas comparadas as que já tiveram pelo menos um filho anterior são as que apresentam mais queixas e dificuldades na amamentação (MARQUES *et al.*, 2020). Estudo mostrou que as nutrizes primíparas relataram dor nas mamas provocadas por fissura mamilar (66,7%), mas tentaram superar através da mudança de posições para amamentar. Ainda segundo esse mesmo autor, isso pode ter ocorrido devido à falta de experiência em relação a maternidade, já que foram entrevistadas apenas primíparas (BENEDETT *et al.*, 2014).

As mães que trabalham fora e não possuem licença-maternidade apresenta três vezes maior risco de interromper o AME do que aquelas que trabalham fora e usufruem o direito à licença



(QUELUZ *et al.*, 2012), o que aumenta o risco da oferta precoce de alimentos diferentes do leite materno, em especial o leite de vaca ou a inclusão da fórmula infantil (BEZERRA *et al.*, 2012). Neri *et al.* (2019) mostraram que 20,3% desmamaram precocemente por causa do retorno ao trabalho, já Moreno e Schmidt (2014), mostraram que 55% das mães mantiveram o AME após retornarem ao trabalho. Para manter o AME, essas mães fizeram a ordenha mamária e contaram com auxílio de familiar ou babá para alimentarem seu bebê. Todavia, esse mesmo estudo traz que das mães que tinham a intenção de amamentar após retornarem ao trabalho, 38,5% desmamaram precocemente por falta de determinação e persistência nos primeiros dias, introduzindo a fórmula infantil com uso de mamadeira, o que levou o bebê a não pegar o seio.

Nesse sentido, as ações em saúde no pré-natal e puerpério sobre técnica correta da amamentação para evitar dor e desconforto, orientações de como continuar o AME quando retornar ao trabalho e incentivar a buscar auxílio com a rede de apoio (família, amigos, cuidador, creche ou Centro Educacional Infantil) são essenciais para auxiliar na manutenção do aleitamento materno, evitando assim a interrupção precoce.

Em relação ao apoio durante o período gestacional, pode-se perceber que 74 (74,7%) mulheres obtiveram apoio familiar durante a gravidez, porém apenas 35 (35,3%) receberam apoio de profissionais de saúde durante a gravidez sobre a amamentação. Independente da gestante receber ou não apoio, não houve associação significativa ($p>0,05$) com as dificuldades na amamentação e manutenção do aleitamento no puerpério (Tabela 3).

Tabela 3. Apoio familiar e profissional durante a gestação, dificuldade na amamentação no puerpério atual após um mês da realização do parto e manutenção da amamentação de mulheres assistidas no Hospital Universitário de Dourados.

	n (%)	Dificuldade no puerpério atual n (%)		p*	Manutenção do aleitamento atualmente n (%)		p*
Apoio familiar durante a gestação		Sim	Não		Sim	Não	
Sim	74 (74,7)	46 (75,4)	28 (73,7)	0.9636	70 (94,6)	4 (5,4)	0.2338
Não	25 (25,3)	15 (24,6)	10 (26,3)		21 (84,0)	4 (16,0)	
Total	99(100,0)	61 (100,0)	38 (100,0)		91(100,0)	8 (100,0)	
Apoio profissional de saúde durante a gestação							
Sim	35 (35,3)	19 (31,1)	16 (42,1)	0.3719	32 (35,2)	3 (37,5)	0.7984
Não	64 (64,7)	42 (68,9)	22 (57,9)		59 (64,8)	5 (62,5)	
Total	99(100,0)	61 (100,0)	38(100,0)		91(100,0)	8 (100,0)	

* $p>0,05$ não há diferença significativa.

Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

Em relação ao apoio de profissionais de saúde durante a gestação sobre orientações (Tabela 3), as dificuldades e anseios neste estudo foram menores (64,7%) aos obtidos no estudo de Moreno e Schmidt (2014), o qual mostrou que 93,5% das mulheres receberam apoio profissional ao longo da gestação. De acordo com Moreno e Schmidt (2014), a elevada taxa de apoio familiar pode ocorrer



no período do estabelecimento da amamentação, visto que a mulher nesse momento se encontra insegura, demandando suporte e compreensão de pessoas próximas.

Tenório *et al.* (2018) afirmam que o desmame precoce sofre influência das orientações recebidas no pré-natal e, conforme seu estudo, 20,3% das mulheres na alta hospitalar afirmaram não estar amamentando, e um dos fatores associados é não ter recebido informações sobre aleitamento materno no pré-natal. Barbosa *et al.* (2018) mostraram que 41,7% não receberam orientações sobre amamentação no pré-natal e 54,3% na maternidade. No estudo de Neri *et al.* (2019), apesar das mães terem recebido orientações dos profissionais da saúde da importância do AME (95,3%), verificou-se que 52,5% interromperam a amamentação precocemente.

Castelli *et al.* (2014) observaram que as puérperas apresentaram significativamente mais conhecimento sobre aleitamento materno ($p < 0,001$) e as gestantes apresentaram mais dúvidas que as puérperas ($p = 0,002$). Quando esses autores questionaram as gestantes e puérperas em relação aleitamento materno, encontraram os seguintes fatores considerados prejudiciais ao mesmo: recém-nascido realiza a pega só no mamilo ou não realiza a pega a aréola; presença de fissuras; hipogalactia; estar com dor nas mamas; o recém-nascido dormir enquanto mama.

Na assistência em saúde, algumas vezes, o ato de amamentar é considerado um ato fisiológico, portanto, a mulher está preparada para assumir suas responsabilidades de maternagem (MORENO; SCHMIDT, 2014). Porém, a amamentação vai além disso, e o seu sucesso depende de alguns elementos, como o manejo adequado da técnica a partir das orientações prévias ao nascimento, bem como no pós-parto, objetivando preparar a mãe para superar as dificuldades que possam surgir, minimizar as preocupações e fortalecer sua autoconfiança; a percepção da importância de amamentar; e a decisão da mãe em fazê-lo (CODIGNOLE *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, mães precisam ser estimuladas a aprenderem a amamentar e os bebês a serem amamentados.

Os dados referentes aos conhecimentos das gestantes e nutrizas sobre tempo mínimo e máximo de permanência em cada seio e intervalo entre as mamadas encontram-se na Tabela 4.



Tabela 4. Conhecimentos sobre aleitamento materno na gestação e no puerpério após um mês da realização do parto de gestantes e nutrízes assistidas no Hospital Universitário de Dourados.

Conhecimento na gestação sobre tempo de permanência em cada seio	n (%)	Conhecimento no puerpério sobre tempo mínimo de permanência em cada seio n (%)		p*
		Sim	Não	
Tempo mínimo em cada seio				
Sim	30 (30,3)	2 (100,0)	28 (28,9)	0.1726
Não	49 (49,5)	0	49 (50,5)	
Não sabe	20 (20,2)	0	20 (20,6)	
Total	99 (100,0)	2 (100,0)	97 (100,0)	
		Conhecimento no puerpério sobre o tempo máximo de permanência em cada seio n (%)		
Tempo máximo em cada seio				
Sim	26 (26,3)	10 (27,0)	16 (25,8)	0.7325
Não	50 (50,5)	17(46,0)	33 (53,2)	
Não sabe	23 (23,2)	10 (27,0)	13 (21,0)	
Total	99 (100,0)	37 (100,0)	62 (100,0)	
		Conhecimento no puerpério sobre o intervalo entre as mamadas n (%)		
Intervalo entre as mamadas				
Sim	58 (58,6)	40 (58,0)	18 (60,0)	0.7176
Não	27 (27,3)	18 (26,1)	9 (30,0)	
Não sabe	14 (14,1)	11 (15,9)	3 (10,0)	
Total	99 (100,0)	69 (100,0)	30 (100,0)	

*p>0,05 não há diferença significativa.

Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

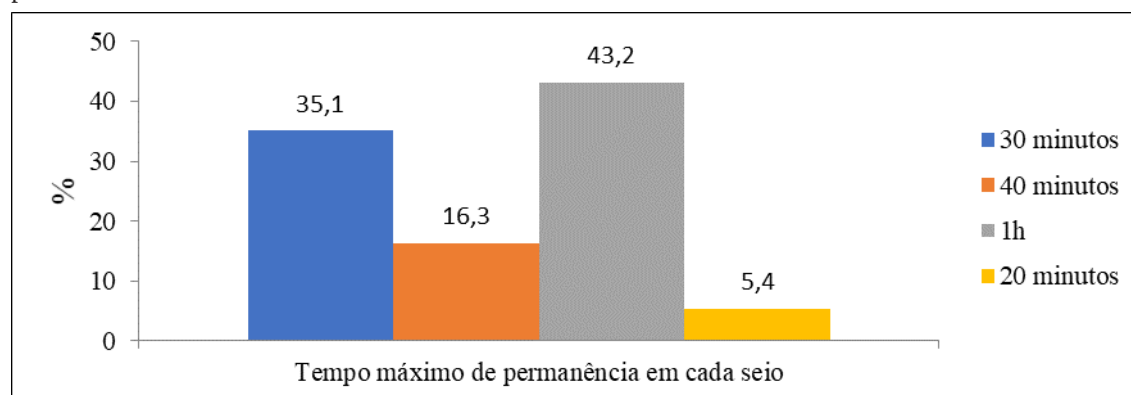
As gestantes apresentaram menor conhecimento sobre tempo mínimo de permanência em cada seio (30,3%) quando comparadas as puérperas (Tabela 4). Este estudo corrobora com os achados de Castelli (2014), o qual observou maior conhecimento sobre AM das puérperas (56,6%) comparado as gestantes (40,5%). O conhecimento sobre tempo mínimo após o puerpério melhorou, porém, isso não foi observado para o tempo máximo e intervalo entre as mamadas (Tabela 4), o que reafirma a necessidade das orientações dos profissionais de saúde, já que as mulheres que tiveram ausência de



apoio profissional são mais susceptíveis a acreditar e adotar práticas de cunho não científico, o que pode prejudicar a amamentação.

As gestantes e puérperas relataram que consideram que o tempo mínimo de permanência em cada seio é de 20 minutos, já o tempo máximo relatado pelas puérperas foi de 20 minutos a 1 hora, sendo que a maior parte (43,2%) relatou tempo máximo de 1 hora, conforme mostra a Figura 1. A mamada dos recém-nascidos foi observada do início ao fim por Shimoda *et al.* (2014), apresentando como tempo médio de duração 13,2 minutos (desvio-padrão=8,1 minutos), sendo que a maioria das puérperas (91,7%) amamentaram por 5 a 25 minutos e 8,3% por 25 a 45 minutos. No estudo de Silva *et al.* (2021), a maioria das nutrízes (56%) relataram tempo médio de permanência ao seio de vinte minutos ou mais minutos, ou até esgotar a mama.

Figura 1. Gráfico de tempo máximo de permanência em cada seio relatado pelas puérperas após um mês da realização do parto.

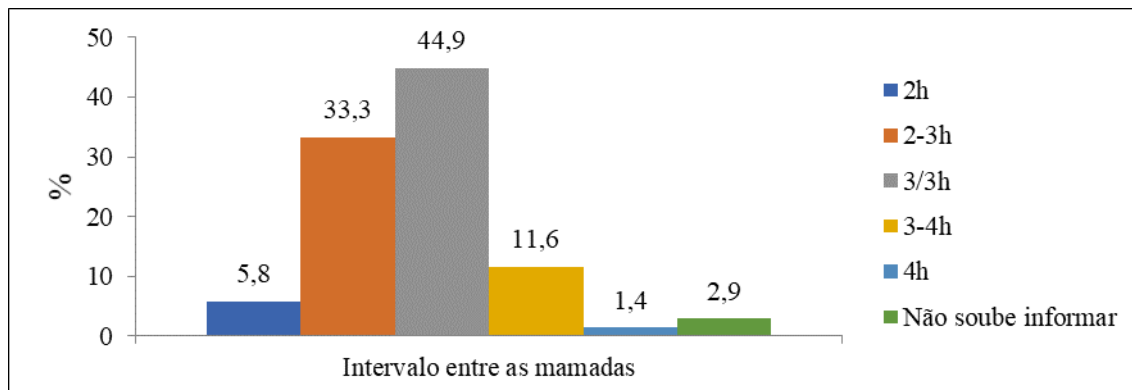


Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

Das puérperas que afirmaram que precisa de intervalo entre as mamadas, 44,9% referiram intervalo de três horas entre uma mamada e outra, e 33,3% referiram intervalo de duas a três horas (Figura 2). Silva *et al.* (2021) relataram que a maioria das nutrízes relataram intervalo de três horas (35%). Shimoda *et al.* (2014) investigaram a frequência de mamada do neonato no período de 24 horas, obtendo intervalo da mamada igual ou maior que duas horas (81,7%), e intervalos menores ou iguais a duas horas (18,3%).



Figura 2. Gráfico de intervalo entre as mamadas relatadas pelas puérperas após um mês da realização do parto (n=69).



Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

No período puerperal o questionamento é relacionado ao tempo esperado da mamada bem como o tempo do intervalo entre as mamadas (CASTELLI *et al.*, 2014). Segundo Silva *et al.* (2021), cada criança tem o seu próprio ritmo, apresentando duração e intervalo de tempo das mamadas variáveis. Estudo mostrou que 33,8% das gestantes no pré-natal não receberam orientações de AME sob livre demanda, e as que receberam mostraram satisfação com as orientações fornecidas durante o pré-natal (NASCIMENTO *et al.*, 2013). Diante disso, ressalta-se a importância de fornecer orientações específicas sobre como colocar o recém-nascido para amamentar sob livre demanda tanto na gestação quanto no puerpério, pelo fato das dúvidas existirem em ambos os momentos.

Conforme observado na Tabela 5, 59 (59,6%) gestantes afirmaram não ser necessário ofertar alimentos ao neonato antes de completar seis meses de vida, mas 53,3% concederam chá e 55,5% água após um mês de vida do neonato. É possível verificar que apesar de algumas mães durante a gestação responderem não ser necessário oferecimento de alimentos, muitas ofereceram água e chá no período pós-parto. Estudo mostrou que das puérperas que amamentaram (21,3%), a maioria ofertou água (13,3%) no primeiro dia de nascimento (BARENNE *et al.*, 2012). Outro estudo mostrou que das 77 mães entrevistadas, 44 ofertaram água e 23 ofertaram chá antes dos seis meses de idade da criança (SILVA *et al.*, 2021). Essa oferta de complemento pode levar ao desmame precoce, já que a oferta de complemento na maternidade se associou a 53% maior prevalência de interrupção da amamentação em 45 dias após o parto, conforme relatado por Santos *et al.* (2021).



Tabela 5. Conhecimento sobre oferta de outros alimentos ao neonato além do leite materno nos primeiros seis meses de vida na gestação e no puerpério após um mês da realização do parto, de gestantes e nutrízes assistidas no Hospital Universitário de Dourados.

Oferta de complementos ao leite materno no puerpério atual após um mês da realização do parto n (%)											
Complementos nos primeiros seis meses n (%)		Chá		Água		Leite		Fruta		Papa principal	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Sim	35 (35,4)	6 (40,0)	29 (34,5)	8 (44,4)	27 (33,3)	0	35 (35,4)	0	35 (35,4)	1 (50,0)	34 (35,0)
Não	59 (59,6)	8 (53,3)	51 (60,7)	10 (55,5)	49 (60,5)	0	59 (59,6)	0	59 (59,6)	1 (50,0)	58 (59,8)
Não sabe	5 (5,0)	1 (6,6)	4 (4,8)	0	5 (6,2)	0	5 (5,1)	0	5 (5,1)	0	5 (5,2)
Total	99 (100,0)	15 (100,0)	84 (100,0)	18 (100,0)	81 (100,0)	0	99 (100,0)	0	99 (100,0)	2 (100,0)	97 (100,0)

*p=1,00

*p>0,05 não há diferença significativa.

Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

A oferta dos líquidos e alimento pode ter ocorrido devido à falta de orientações acerca de conceder apenas leite materno até os seis meses de vida, conforme preconiza o Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2015). Maciel *et al.* (2013), mostrou que 25 (55,6%) entrevistadas definiram corretamente o que seria AME. Já Pizzatto *et al.* (2020) destacaram o fato de 47,5% das mães entrevistadas relatarem ter ouvido falar em AME, 48,9% responderam corretamente a definição (ofertar somente leite materno). Apesar disso, 44,7% responderam sobre a necessidade de oferecer água a bebês de três meses que vivem em locais quentes.

Pressupõe-se que as mulheres do presente estudo não consideram o uso de chá como complemento ao leite materno, mas como medida adjuvante na melhora das cólicas do bebê e a água como fator para suprir a sede da criança no tempo de calor. Essas atitudes foram observadas no estudo de Amaral *et al.* (2015) e Angelo *et al.* (2015). Segundo Angelo *et al.* (2015), as avós são as que mais estimulam a nutriz ofertar água e chá aos neonatos, pois, além do motivo citado anteriormente, existe a crença de leite ralo e fraco que não alimenta e precisa ser complementado. Entretanto, a avó quando é a principal rede de apoio nos cuidados com o bebê aumenta a probabilidade de interrupção da amamentação no período de até 45 dias após o parto (SANTOS *et al.*, 2021).

Dentre as limitações do presente estudo, é importante considerar que o tamanho amostral pode não ter sido suficiente para detectar associações significativas entre as variáveis investigadas. Também se destaca a subjetividade das informações obtidas nas consultas ambulatoriais ou no hospital, já que



foram realizadas por diferentes entrevistadores ao longo da pesquisa. Além disso, é possível que as gestantes, ao participarem da pesquisa no ambiente do ambulatorial e hospitalar, tenham se sentido constrangidas e responderam de acordo com o comportamento que seria esperado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebe-se que vários fatores citados na literatura podem influenciar o ato de amamentar e favorecer o desmame precoce, porém, este estudo não encontrou associação entre as variáveis analisadas. Apesar de não haver associação entre as variáveis analisadas, nota-se baixo apoio dos profissionais de saúde, o que pode contribuir para a interrupção da amamentação e a introdução precoce de outros alimentos, por isso, é fundamental o conhecimento dos fatores que podem favorecer a interrupção do aleitamento materno, para que os profissionais possam auxiliar essas mulheres nas dificuldades, dúvidas e anseios da prática da amamentação no pré-natal e pós-natal, considerando o contexto individual e familiar e a partir disso promover ações em aleitamento materno para melhorar a prevalência de AME até os seis meses de idade na região de Dourados e circunvizinhas.

Sugere-se estudos que avaliem se as mulheres estão recebendo apoio profissional no período gestacional e puerpério na atenção primária de Dourados e regiões circunvizinhas, além de avaliar quais orientações devem ser fornecidas.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. J. X. *et al.* Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, n. 36 (esp), p. 127-34, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/GLNtrQ44qJvTGyGvYvNPBvf/?format=html>. Acesso em: 4 dez. 2019.

ANGELO, B. H. B. *et al.* Práticas de apoio das avós à amamentação: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 15, n. 2, p. 161-170, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/H9Gvqgftxw59H6dCFKJtfwj/?lang=pt>. Acesso: 6 dez. 2019.

BARBOSA, G. E. F. *et al.* Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e impacto na duração do aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 18, n. 3, p. 527-537, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FvCwDtXSystv9nYhx8NrC3w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 6 dez. 2019.

BARENNE, H. *et al.* Breast-Milk Substitutes: A New Old-Threat for Breastfeeding Policy in Developing Countries. A case study in a traditionally high breastfeeding country. *PLOS ONE*, San Francisco, v. 7, n. 2, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030634>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0030634>. Acesso em: 7 dez. 2019.

BENEDETT, A. *et al.* A dor e desconforto na prática do aleitamento materno. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 136-140, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1> Disponível



em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/issue/view/1712>. Acesso em: 7 dez. 2019.

BEZERRA, V. L. V. A. *et al.* Aleitamento materno exclusivo e fatores associados à sua interrupção precoce: um estudo comparativo entre 1998 e 2008. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 173-179, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/HJM9s7g4dTFVWz4DLKSHQ9b/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2019.

MARQUES, V. G. P. S. *et al.* Factors that influence early weaning. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e6249108910, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8910>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/8910/8006/125169>. Acesso em: 3 maio 2022.

BOMFIM, V. V. B. da S. Consequence of early weaning for the child. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e116101118683, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.18683>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18683>. Acesso em: 28 abr. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 1 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. *Pesquisa de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_aleitamento_municipios_brasileiros.pdf. Acesso em: 4 dez. 2019.

CASTELLI, C. T. R.; MAAHS, M. A. P.; ALMEIDA, S. T. Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1178-1186, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201411713>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/qJTpWtZKNLwFmqPW9YYdLkq/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2019

CODIGNOLE, I. F *et al.* Factors that lead to early weaning during breastfeeding. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 16, p. e22101623085, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23085>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23085>. Acesso em: 29 abr. 2022.

CORTÉS-RÚA, L.; DÍAZ-GRÁVALOS, G. J. Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enfermería Clínica* (English Edition), Barcelona, v. 29, n. 4, p. 207-215, (2019). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0963720818300033>



S1130862118302651?via%3Dihub. Acesso em: 2 maio 2022.

FERREIRA, H. L. O. C. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva, Manguinhos*, v. 23, n. 3, p. 683-690. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.06262016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5JF6R9n8yRwsRtJ3SZHNf3H/?lang=pt#>. Acesso em: 28 abr. 2022.

HOSSAIN, S. J. *et al.* Effects of adding psychosocial stimulation for children of lactating mothers using an unconditional cash transfer platform on neurocognitive behavior of children in rural Bangladesh: protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychology*, v. 7, n. 13, p. 1-6, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0289-9>. Disponível em: <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-019-0289-9>. Acesso em: 20 ago. 2019.

HUANG, Y. *et al.* Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: a systematic review. *Women and Birth*, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 303-309, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.003>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-853620210001003_69#B26. Acesso em: 2 maio 2022.

HENRIQUES, S. N.; MARTINS, R. M. L. Aleitamento materno: o porquê do abandono. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, Viseu, v. 40, p. 39-51, 2011. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/issue/view/503>. Acesso em: 26 ago. 2019.

MACIEL, A. P.P. *et al.* Conhecimento de gestantes e lactantes sobre aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 26, n. 3, p. 311-317, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5020/2926>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2926>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MORENO, P. F. B. B.; SCHMIDT, K. T. Aleitamento materno e fatores relacionados ao desmame precoce. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 576-81, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.32366>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32366>. Acesso: 2 ago. 2019.

NASCIMENTO, V. C. *et al.* Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 13, n. 2, p. 147-159, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/LdBdhRvWvSy5n7Fvk9rqJkG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2019.

NERI, V. F.; ALVES, A. L. L.; Guimarães, L. C. Prevalência de desmame precoce e fatores relacionados em crianças do Distrito Federal e entorno. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, Valparaíso, v. 8, n. 4, p. 451-9, 2019. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p451a459>. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/450/353>. Acesso em: 27 abr. 2022.

OLIVEIRA, C. S. *et al.* Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36 (esp), p. 16-23, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/kw7FWgzJcxQw7DxKHb5qZ4D/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2019.



OLIVEIRA, R. C. *et al.* Avaliação do desempenho de nutrizes e recém-nascidos durante a mamada no período neonatal: Estudo comparativo. *Cogitare enfermagem*, Curitiba, v. 26, e75517, p. 1-11, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75517>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362021000100369#B01. Acesso em: 29 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Manejo e promoção do aleitamento materno num hospital amigo da criança: curso de 18 horas para equipes de maternidades*. Manual Técnico. Genebra: OMS/UNICEF, 1993. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/>. Acesso em 2019 dez 11.

PIZZATTO, P. *et al.* Conhecimento materno sobre alimentação infantil em São Luís, Maranhão, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 20, n. 1, p. 181-191, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/ZGMzxjV5tp8firjQgQqK6Rf/?lang=pt#>. Acesso em: 2 maio 2022.

QUELUZ, M. C. *et al.* Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p.537-543, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/HJhDsqq3h5gSMJDjhfx8Cjb/?lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2019.

SAMPAIO, P. F. *et al.* Nascer em Hospital Amigo da Criança: fator de proteção ao aleitamento materno?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1349-1361, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700010>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8LYSnNtdvJXHgbfmGg9755C/?lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2019.

SANTOS, V. L. *et al.* Fatores sociodemográficos e obstétricos associados à interrupção do aleitamento materno em até 45 dias pós-parto - Estudo de Coorte Maternar. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 21, n. 2, p. 587-598, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/R3QTC7k3w5xXb8cKhMjpCNy/?lang=pt#>. Acesso em: 3 maio 2022.

SHIMODA, G. T. *et al.* Associação entre persistência de lesão de mamilos e condições de aleitamento materno. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 68-74, 2014. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140006>. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/909>. Acesso em: 4 set. 2019.

SILVA, A. C. G. *et al.* Caracterização das práticas e conhecimentos sobre aleitamento materno em um município do Sul de Minas Gerais, Brasil. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 20 (e55873), p. 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.55873>. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. Acesso em: 27 abr. 2022.

TAVEIRO, E. A. N. Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo em Bebês de 0 a 6 Meses Nascidos em um Hospital e Maternidade do Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, Brasília, v. 24, n.1, p. 71-82, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n1.44471>. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acesso em: 3 maio 2022.



TENÓRIO, M. C. S.; MELLO; C. S.; OLIVEIRA, A. C. M. Fatores associados à ausência de aleitamento materno na alta hospitalar em uma maternidade pública de Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 23, n. 11, p. 3547-3556, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25542016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fgYFN35RBBqsMTXwDpMsygr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI-2019: resultados preliminares. Indicadores de aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio-preliminar-AM-Site.pdf>. Acesso em: 04 maio 2022.

VIEIRA, E. S. *et al.* Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-8, 2018. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JvF9LnsJdxkykMtXjptGyQR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes*. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42794/9241562544.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 ago. 2019.

Agradecimentos:

Ao Ministério da Saúde pela concessão da bolsa financeira da Residência; HU-UFGD e a UFGD pelo apoio, incentivo e colaboração.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 28 de fevereiro de 2022.

Aceito em 21 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

ARAÚJO, Sarah de Souza; ARAÚJO, Priscila de Souza; BALTHAZAR, Emília Alonso. Fatores que influenciam na amamentação em mulheres atendidas no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Mato Grosso do Sul. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 168-185, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-13>
<https://revista.ghc.com.br/>

Avaliação da nefrotoxicidade e cálculo da dose diária de vancomicina em um hospital brasileiro

Assessment of the nephrotoxicity and calculation of the daily dose of vancomycin in a Brazilian hospital

Evaluación de la nefrotoxicidad y cálculo de la dosis diaria de vancomicina en un hospital brasileño

Ana Helena Dias Pereira dos Santos Ulbrich¹

Clarissa Both Pinto²

Kely Medeiros Turra³

Graziella Gasparotto Baiocco⁴

Henrique Dias Pereira dos Santos⁵

Cláudia Regina Ames⁶

Jaqueline Pandolfo⁷

Marina de Borba Oliveira Freire⁸

Paulo Ricardo Mottin Rosa⁹

¹ Doutora em química pela UFRGS. Farmacêutica clínica do Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS e diretora do Instituto de Inteligência Artificial na Saúde.

Contribuição de autoria: concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística, redação do manuscrito e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6910-8210>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1034512411568788>

E-mail: anaulbrich@ghc.com.br

² Mestre em cardiologia e ciências cardiovasculares pela UFRGS. Residente de terapia intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

Contribuição de autoria: concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística, redação do manuscrito

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6507-4292>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2091060940596786>

E-mail: clarissabpinto@gmail.com

³ Doutorado em ciências farmacêuticas pela USP.

Contribuição de autoria: análise e interpretação dos dados, análise estatística, redação do manuscrito e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2087-9724>

E-mail: kely.turra@gmail.com

⁴ Mestre em Ciências da Saúde pela PUCRS. Docente da Universidade do Vale do Taquari – Univate/RS.

Contribuição de autoria: concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4204-0521>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4152704612491644>

E-mail: grazigasparratto@gmail.com

RESUMO

Este estudo avaliou a incidência de lesão renal aguda em pacientes em uso de vancomicina e determinou a acurácia de uma fórmula simples para detectar a dose diária com maior risco de causar a lesão renal aguda. Um estudo de coorte retrospectivo em um hospital público brasileiro que analisou 930 cursos de terapia com vancomicina em 2016. As fórmulas foram desenvolvidas usando a relação entre a dose diária de vancomicina e o produto da depuração de creatinina endógena calculada do paciente e peso: F-MDRD, F-CKD-EPI e F-CG. A precisão das fórmulas e os níveis séricos no vale de vancomicina foram avaliadas e comparadas para prever os resultados de lesão renal aguda com e sem necessidade de hemodiálise. A incidência de lesão renal aguda foi de 39,1% e com necessidade de diálise foi de 7,0%. A mortalidade dos pacientes que desenvolveram lesão renal aguda foi de 49,7%, enquanto dos pacientes que não desenvolveram lesão renal aguda foi de 26,7%. Comparando as curvas ROC [95% CI], as fórmulas F-CKD-EPI e F-MDRD, e o valor máximo de nível sérico no vale de vancomicina teve precisões equivalentes (0,79 [0,76-0,81]; 0,79 [0,76-0,81]; 0,76 [0,73-0,79]), enquanto o F-CG teve o pior desempenho de todos (0,72 [0,69-0,75]). Neste estudo, o nível sérico no vale de vancomicina foi um fator independente para o desenvolvimento de nefrotoxicidade. Desenvolveu-se uma equação simples que pode ser utilizada como ferramenta clínica alertando para necessidade de ajuste da dose de vancomicina, o que pode prevenir a nefrotoxicidade relacionada ao erro de prescrição.

Palavras-chave: vancomicina; injúria renal aguda; saúde pública; segurança do paciente.

ABSTRACT

This study assessed the incidence of acute kidney injuries in patients using vancomycin and determined the accuracy of a simple formula to detect the daily dose with the highest risk of causing acute kidney injury. This was a retrospective cohort study at a Brazilian public hospital that analyzed 930 courses of therapy with vancomycin in 2016. The formulas were developed using the ratio between the daily dose of vancomycin and the product of the endogenous creatinine clearance calculated for the patient and weight: F-MDRD, F-CKD-EPI, and F-CG. The precision of the formulas and the serum levels at the vancomycin valley were assessed and compared to predict the acute kidney injury results with and without the need for hemodialysis. The incidence of acute kidney injury was 39.1%, and that with the need for dialysis was 7.0%. The mortality of the patients who developed acute kidney injuries was 49.7%, while that for those who did not develop acute kidney injury was 26.7%. Comparing the ROC curves [95% CI], the F-CKD-EPI and F-MDRD formulas and the maximum serum level at the vancomycin valley had equivalent precisions (0.79 [0.76–0.81]; 0.79 [0.76–0.81]; 0.76 [0.74–0.79]), while the F-CG had the worst performance of all (0.72 [0.69–0.75]). In



this study, the serum level at the vancomycin valley was an independent factor in the development of nephrotoxicity. A simple equation that may be used as a clinical tool alerting to the need to adjust the vancomycin dose was developed that may prevent nephrotoxicity related to prescription errors.

Keywords: vancomycin; acute kidney injury; public health; patient safety.

RESUMEN

Este estudio evaluó la incidencia de lesión renal aguda en pacientes en uso de vancomicina y determinó la exactitud de una fórmula simple para detectar la dosis diaria con mayor riesgo de causar lesión renal aguda. Un estudio de cohorte retrospectivo en un hospital público brasileño que analizó 930 cursos de terapia con vancomicina en 2016. Las fórmulas fueron desarrolladas usando la relación entre la dosis diaria de vancomicina y el producto de la depuración de creatinina endógena calculada del paciente y peso: F-MDRD, F-CKD-EPI y F-CG. La precisión de las fórmulas y los niveles séricos en el valle de vancomicina fueron evaluados y comparados para prever los resultados de lesión renal aguda con y sin necesidad de hemodiálisis. La incidencia de lesión renal aguda fue del 39,1% y con necesidad de diálisis fue del 7,0%. La mortalidad de los pacientes que desarrollaron lesión renal aguda fue del 49,7%, mientras que los pacientes que no desarrollaron lesión renal aguda del 26,7%. Comparando las curvas ROC [95% CI], las fórmulas F-CKD-EPI y F-MDRD, y el valor máximo de nivel sérico en el valle de vancomicina tuvo precisiones equivalentes (0,79 [0,76-0,81]; 0,79 [0,76-0,81]; 0,76 [0,73-0,79]), mientras que el F-CG tuvo el peor desempeño de todos (0,72 [0,69-0,75]). En este estudio, el nivel sérico en el valle de vancomicina fue un factor independiente para el desarrollo de nefrotoxicidad. Se desarrolló una ecuación simple que puede ser utilizada como herramienta clínica alertando sobre la necesidad de ajuste de la dosis de vancomicina, lo que puede prevenir la nefrotoxicidad relacionada al error de prescripción.

Palabras-clave: vancomicina; injuria renal aguda; salud pública; seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

A vancomicina é um antibiótico de primeira linha no tratamento de infecções nosocomiais causadas por bactérias gram-positivas resistentes a beta-lactâmicos, sendo o mais relevante o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (ALVAREZ *et al.*, 2016). Por esse motivo, a vancomicina costuma fazer parte dos esquemas empíricos iniciais para o tratamento da sepse hospitalar sem foco evidente e da pneumonia hospitalar (TRUONG; LEVKOVICH; PADIGLIONE, 2012; LEONE *et al.*, 2018). Para que os níveis séricos mínimos de vancomicina sejam alcançados com mais segurança e rapidez, estudos sugerem o uso de dose de ataque em pacientes críticos (TRUONG; LEVKOVICH; PADIGLIONE, 2012) e o uso de nomogramas baseados no peso e na função renal para definir tal dose (LEONE *et al.*, 2018). De acordo com a revisão das diretrizes de consenso para monitoramento terapêutico da vancomicina em pacientes adultos publicada em 2020, a maneira mais precisa e ideal de gerenciar a dosagem deve ser por meio da área sob a curva (AUC). Apesar dessa nova recomendação, muitos hospitais ainda não alte-

⁵ Doutor em Informática pela PUCRS. Técnico administrativo da UFRGS e presidente do Instituto de Inteligências Artificial na Saúde. Contribuição de autoria: obtenção de dados, limpeza, tratamento, compilação, análise e interpretação dos dados e análise estatística. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2410-3536>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3339071169068613>

E-mail: henrique@noharm.ai

⁶ Residência em Clínica Médica pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição. Médica do Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS. Contribuição de autoria: concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4196-9825>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7311425563381809>

E-mail: claudia.r.ames@gmail.com

⁷ Residência em Clínica Médica pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS. Médica do Hospital Vida e Saúde em Santa Rosa/RS. Contribuição de autoria: concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0966-3914>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1521943520236977>

E-mail: jaquelinepandolfo@gmail.com

⁸ Mestre em Epidemiologia pela UFPel. Professora da UCPel e médica concursada do Hospital Escola UFPel/Ebserh. Contribuição de autoria: concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9307-4337>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9077544290993062>

E-mail: deborbamarina@gmail.com

⁹ Mestre em Epidemiologia pela UFRGS. Médico preceptor da Residência em Clínica Médica do Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS e supervisor de PRM em Clínica Médica do Hospital Moinhos de Vento/RS. Contribuição de autoria: concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, análise estatística, redação do manuscrito e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7373-0627>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0330273931585924>

E-mail: paulo.mottin.rosa@gmail.com



raram seus processos, mantendo o monitoramento por meio do nível sérico no vale de vancomicina (ELYASI; KHALILI, 2016; RYBAK *et al.*, 2020).

O nível sérico no vale de Vancomicina acima de 20 µg / mL tem sido associado a um aumento na incidência de nefrotoxicidade, sendo maior o risco quanto maior o nível sérico no vale do medicamento (RYBAK *et al.*, 2020; GYAMLANI *et al.*, 2019). Pacientes com piora aguda da função renal apresentam maior risco de mortalidade hospitalar, necessitam de hemodiálise com maior frequência e maior tempo de internação e custos (ZAMONER *et al.*, 2020; KHWAJA, 2012). Assim, justifica-se o uso racional desse medicamento e o monitoramento adequado da função renal desses pacientes.

A vancomicina é um antibiótico direcionado para o Programa de Gerenciamento dos Antimicrobianos (PGA) devido ao seu uso generalizado, juntamente com a capacidade de monitorar e ajustar as doses com base na farmacocinética (ZAMONER *et al.*, 2020; KHWAJA, 2012; JEFFRES, 2017; ZONOZI *et al.*, 2019). Os PGAs representam um aspecto essencial de uma iniciativa de segurança do paciente para reduzir a nefrotoxicidade associada à vancomicina. Fodero *et al.* (2016) relataram que 31% da intervenção da equipe PGA foi para ajuste de dose. Evento adverso a medicamento é qualquer dano que ocorra durante o tratamento medicamentoso, seja pelo seu uso adequado ou não. A proporção de pacientes com eventos adversos aos medicamentos durante a internação varia de 1,7 a 15,6%, e uma proporção considerável desses eventos poderia ser evitada (COUNCIL OF EUROPE, 2005).

O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de LRA em pacientes em uso de vancomicina. Além disso, foi determinada a precisão de uma ferramenta clínica que avalia a função renal e o peso do paciente para calcular a dose diária de vancomicina. A capacidade de prever o desenvolvimento de LRA e LRA que exigiria hemodiálise (LRA-HD) das fórmulas geradas foi comparada ao monitoramento do nível sérico no vale.

MÉTODOS

Um estudo de coorte com coleta retrospectiva de dados foi realizado em um hospital terciário, clínico e cirúrgico do sul do Brasil. O presente estudo analisou 1.816 cursos de terapia com vancomicina em 2016 do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre-RS.

Pacientes adultos que receberam terapia com vancomicina intravenosa por pelo menos 48 horas, que apresentavam uma medição de creatinina 48 horas antes e 48 horas após o início do tratamento (ou até 48 horas após o curso) e uma medição do nível sérico no vale de vancomicina durante o tratamento foram incluídos. Pacientes com lesão renal (aguda ou crônica) antes de 48 horas de uso de vancomicina foram excluídos da análise.

Todas as variáveis foram coletadas de prontuários eletrônicos por meio de mineração de dados, que explora os dados em busca de padrões consistentes, como regras de associação, para detectar relações sistemáticas entre as variáveis, identificando assim novos subconjuntos de dados. Foi gerada



uma planilha com os dados para posterior análise da ocorrência de LRA em todos os pacientes que usaram vancomicina no período do estudo. Os dados que não puderam ser obtidos automaticamente foram coletados por quatro médicos residentes e um farmacêutico a partir de uma ficha de coleta para padronização da extração de dados.

As seguintes variáveis foram coletadas: data inicial de prescrição de vancomicina, dose máxima diária, níveis de creatinina sérica, o nível sérico no vale de vancomicina, peso, índice de comorbidade de Charlson, sexo, raça, idade, contagem de leucócitos, bastões, proteína C reativa, uso de noradrenalina, número de drogas nefrotóxicas e mortalidade. O escore de Charlson é composto por 20 variáveis e está associado à mortalidade em 10 anos. Outras variáveis de interesse foram LRA, internação na unidade de terapia intensiva (UTI), LRA-HD 48 horas após o início do curso de vancomicina até 48 horas após o fim do curso. As drogas nefrotóxicas usadas concomitante e cumulativamente durante cada curso de vancomicina foram avaliadas.

Os medicamentos nefrotóxicos (Tabela 1) foram baseados em estudos que contém informações atualizadas sobre a nefrotoxicidade dos medicamentos.

Tabela 1 Drogas nefrotóxicas

Categoria farmacológica	Fármacos nefrotóxicos
Antimicrobiano	Ampicilina, Ampicilina / Sulbactam, Amicacina, Anfotericina B, Penicilina, Cefazolina, Cefotaxima, Ceftazidima, Ceftriaxona Cefuroxima, Cefalexina, Cefalotina, Ciprofloxacina, Gentamicina Imipenem / Cilastatina, Levofloxacino, Meropenem, Norfloxacino Oxacilina, Piperacilina / Tazobactam, Rifampicina, Rifampicina / Isoniazida Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida / Etambutol, Sulfadiazina Sulfametoxazol Trimetoprim.
Anticoagulante	Varfarina
Antidepressivo	Carbonato de Lítio
Inibidor da enzima conversora da angiotensina	Captopril, Enalapril, Losartana
Betabloqueadores	Propranolol
Antiinflamatórios não-esteróides	Ácido acetilsalicílico, diclofenaco, cetoprofeno Biperideno, hioscina (butilbrometo de escopolamina), ranitidina
Anticholinergic Agent	Ácido acetilsalicílico, diclofenaco, cetoprofeno Biperideno, hioscina (butilbrometo de escopolamina), ranitidina
Antiviral	Aciclovir, Atazanavir, Ciclosporina, Tenofovir, Tenofovir / Lamivudina Tenofovir / Lamivudina / Efavirenz
Broncodilatador	Brometo de ipratrópio



Diurético	Acetazolamida, Furosemida, Hidroclorotiazida, Espironolactona
Inibidor da Bomba de próton	Omeprazol
Derivado de bisfosfonato	Pamidronato
Agente antigotoso	Alopurinol
Vasopressor	Dopamina, Adrenalina
Suplemento de Cálcio	Fluido de reposição de cálcio, carbonato de cálcio

Fonte: Perazella (2005), Micromedex (Greenwood Village, 2019) e banco de dados Uptodate (UpToDate, 2019), acesso em 29 dez. 2019.

Definição de Lesão Renal Aguda (LRA)

De acordo com a classificação das Diretrizes Globais de Melhoria da Doença Renal (KDIGO) proposta por Khwaja (2012), a LRA foi definida como (1) um aumento na creatinina $\geq 0,3$ mg / dL em 48 horas ou (2) um aumento na creatinina para $\geq 1,5$ vezes o valor basal dentro de 7 dias. A variável LRA foi definida pelos coletadores (médicos e farmacêuticos) com base nos dados de creatinina dosados pelo método de reação cinética tamponada de Jaffé sem desproteinização.

Por ser uma análise retrospectiva, a quantidade de análise de creatinina disponível no prontuário dependia do médico que assistiu o paciente, sendo necessária no mínimo duas coletas, uma antes do curso de vancomicina e outra após 48 horas do início do curso ou até 48 horas após o fim do curso (critérios de inclusão).

Três fórmulas foram desenvolvidas para gerar três variáveis contínuas. Cada fórmula consistia na razão entre a dose diária de vancomicina em miligramas (mg) e o produto do peso do paciente em quilogramas (kg) e a depuração de creatinina endógena estimada (eTFG) em mL/min /1,73 m² (dose de vancomicina / (kg x mL/min/1,73 m²). A estimativa não foi ajustada pela superfície corporal por não termos disponível a altura da maior parte dos pacientes.

$$\text{Fórmula: dose diária} / [\text{peso} \cdot \text{eTFG}]$$

As fórmulas diferiram apenas no método de depuração de creatinina endógena estimada:

- A equação de Cockcroft-Gault (CG) (BROWN, MASSELINK, LALLA, 2013), cujo uso gerou a variável F-CG;
- Equação do Grupo de Estudo de Modificação da Dieta em Doenças Renais (MDRD) (RULE *et al.*, 2004), cujo uso gerou a variável F-MDRD; e
- Equação Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) (LEVEY *et al.*, 2009), cujo uso resultou na variável F-CKD-EPI.

Essas equações foram projetadas para prever o risco de desenvolver LRA secundária ao uso de vancomicina. Para o preparo das equações, foram utilizadas as variáveis presentes nos nomogramas das doses recomendadas (ELYASI; KHALILI, 2016): peso, *clearance* de creatinina endógena e dose de vancomicina, dados disponíveis desde a primeira prescrição do medicamento.

A análise descritiva foi realizada por meio da frequência absoluta e relativa para as variáveis



categóricas e da média e desvio padrão para as variáveis contínuas com distribuição normal. Mediana e intervalos interquartílicos foram usados para variáveis contínuas sem distribuição normal. A normalidade das variáveis foi avaliada por meio do teste de Shapiro e Wilk. As prevalências foram comparadas entre os grupos com o teste do Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme apropriado. As médias foram comparadas pelo teste t de Student, e o teste U de Mann-Whitney foi usado para comparar as medianas.

A regressão de Poisson univariada com variância robusta foi usada para esses resultados para avaliar quais fatores foram preditores independentes de LRA e LRA-HD. $P < 0,1$ ou relevância clínica da variável foi o critério de inclusão no modelo multivariado, no qual $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Nestes modelos, as variáveis de interesse, nível sérico no vale de vancomicina e as fórmulas criadas, foram analisadas em conjunto com outros fatores de risco (fatores de confusão) para o seu efeito no resultado. A incidência de LRA foi avaliada nos diferentes estratos do valor máximo de nível sérico no vale de vancomicina.

Para avaliar qual das fórmulas (F-MDRD, F-CKD-EPI ou F-CG) teve o melhor desempenho, elas foram incluídas nos modelos de regressão separadamente, e suas precisões para prever o desenvolvimento de LRA e LRA-HD foram comparados entre si e com o valor máximos de nível sérico no vale de vancomicina no período. Para tanto, curvas ROC (*receiver operating characteristic*) foram utilizadas para avaliar os resultados. O método de Youden foi usado para definir os pontos de corte após os quais havia um risco aumentado dos desfechos. A precisão das curvas ROC foi comparada usando o teste DeLong. As análises estatísticas foram realizadas nos softwares SPSS versão 21 e MedCalc versão 18.1131.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição com registro na Plataforma Brasil número CAAE:1571717.7.1001.5530. Os dados dos pacientes foram mantidos em sigilo e somente acessados por membros da equipe de pesquisa.

RESULTADOS

Um total de 930 cursos de vancomicina foram analisados. As medianas da idade e do escore de comorbidade de Charlson foram 62,0 anos (48,5-73,0) e 4 (3-6), respectivamente. A Tabela 2 mostra as características dos pacientes incluídos, das terapias de vancomicina e sobre os desfechos.

Tabela 2. Características dos pacientes incluídos, prescrições de vancomicina e desfechos

DADOS DEMOGRÁFICOS	(n=930)
Idade (anos)	62,0 (48,5-73,0)
Peso (kg)	65,0 (56,0-75,0)
Sexo feminino	402 (43,2%)
Raça branca	787 (84,6%)
VARIÁVEIS CLÍNICAS	
Índice de Charlson	4 (3-6)



Admissão na UTI	313 (33,7%)
Tempo de permanência (dias)	33 (19-57)
Número de drogas nefrotóxicas	35 (21-54)
Uso de noradrenalina	247 (26,6%)
TERAPIA DE VANCOMICINA	
Dias de tratamento	8 (6-12)
Nível sérico máximo no vale ($\mu\text{g/mL}$)	24,5 (16,7-34,1)
Dose diária máxima/ kg	33,3 (28,6-42,8)
F-MDRD	0,420 (0,31-0,61)
F-CKD-EPI	0,387 (0,26-0,57)
F-CG	0,435 (0,29-0,68)
VARIÁVEIS LABORATORIAIS	
PCR máximo (mg/L)	48,8 (3,1-80,1)
Leucócitos máximo ($10^3/\mu\text{L}$)	12,6 (8,6-18,2)
Bastões (%)	10,0 (7,0-16,0)
DESFECHOS	
Mortalidade	332 (35,7%)
Lesão Renal Aguda	364 (39,1%)
Necessidade de Hemodiálise	66 (7,1%)

Fonte: os autores. * UTI: unidade de terapia intensiva; dose diária / kg máximo: razão máxima dentro do período do estudo entre a dose diária de vancomicina em mg e o peso do paciente em kg; F-MDRD: média da fórmula que consiste na relação entre a dose de vancomicina em mg e o produto peso do paciente em kg e função renal estimada pela equação de MDRD em mL/min/1,73 m^2 ; F-CKD-EPI: média da fórmula que consiste na relação entre a dose de vancomicina em mg e o produto peso do paciente em kg e função renal estimada pela equação CKD-EPI em mL/min/1,73 m^2 ; F-CG: média da fórmula que consiste na relação entre a dose de vancomicina em mg e o produto peso do paciente em kg e função renal estimada pela equação de Cockcroft-Gault em mL/min/1,73 m^2 ; PCR: proteína C reativa.

A incidência de LRA foi de 39,1% e de LRA-HD de 7,1%. A mortalidade dos pacientes que desenvolveram LRA foi de 49,7%, enquanto dos pacientes que não desenvolveram LRA foi de 26,7%. A Tabela 3 mostra as características dos pacientes com e sem LRA e suas estimativas de risco relativo, intervalos de confiança e valores de p . As análises multivariadas para cada uma das três fórmulas (F-CG, F-MDRD ou F-CKD-EPI) também são apresentadas (Tabela 3). Entre esses dois grupos, nenhuma diferença foi observada na idade, sexo ou raça. O peso médio dos pacientes com LRA de 63,2 (58,0-76,0) kg foi maior do que o peso dos pacientes sem LRA foi de 60,5 (47,2-73,2) kg ($p = 0,011$). Pacientes que desenvolveram LRA tiveram mais admissões na UTI (48,4% vs. 24,2%; $p < 0,001$), mais necessidade de noradrenalina (41,8% vs. 16,8%; $p < 0,001$) e um maior número de drogas nefrotóxicas prescritas (39 vs. 32; $p < 0,001$). A mediana do valor máximo de nível sérico de vancomicina no vale no período foi maior em pacientes com LRA: 33,0 vs. 19,8 $\mu\text{g / mL}$ ($p < 0,001$). Os valores calculados pelas fórmulas F-CG, F-MDRD e F-CKD-EPI foram maiores no grupo LRA ($p = 0,002$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, respectivamente). Além disso, os pacientes com LRA apresentaram níveis mais elevados de leucocitose ($14,29.10^3/\mu\text{L}$ vs. $11,36.10^3/\mu\text{L}$; $p < 0,001$). As variáveis com significância estatística na análise univariada para o desfecho LRA foram peso, número de drogas nefrotóxicas, admissão na UTI, necessidade de noradrenalina, valor máximo de nível sérico no vale



de vancomicina, todas as três fórmulas (F-CG, F-MDRD, F-CKD -EPI), proteína C reativa (PCR) e o contagem de leucócitos. Na análise multivariada, as variáveis que permaneceram estatisticamente significativas após o ajuste foram peso, número de drogas nefrotóxicas, necessidade de noradrenalina, todas as três fórmulas e contagem de leucócitos no sangue. As estimativas de risco relativo, intervalos de confiança e valores de p são mostrados na segunda metade da Tabela 3. Ao estratificar os pacientes por valor máximo de nível sérico de vancomicina no vale como <15 , $15-20$, $20-29$ e > 30 $\mu\text{g/mL}$, a incidência de LRA foi de 17,0%, 19,8%, 32,3% ($p=0.006$) e 67,4% ($p<0,001$), respectivamente (Figura 1), sendo o p calculado em relação ao intervalo de nível sérico no vale de vancomicina de 15 a 20 $\mu\text{g/mL}$ (alvo da terapia antimicrobiana).

Figura 1. Incidência de lesão renal aguda por nível sérico no vale da vancomicina



Fonte: os autores.



Tabela 3. As características dos pacientes com e sem LRA

	LRA (n=364)	Sem LRA (n=566)	Univariada		Multivariada MDRD		Multivariada CK- D-EPI			Multivariada CG	
			RR (95% IC)	p	RR (95% IC)	p	R (95% IC)	R	p	RR (95% IC)	p
DADOS DEMO-GRÁFICOS											
I d a d e (anos) Mediana (IIQ)	63,2 (51,6- 73,6)	60,5 (47,2-73,2)	1,0034 (0,999- 1,008)	0,138							
Peso (kg) Mediana (IIQ)	66,0 (58,0- 76,0)	64,0 (55,0-75,0)	1,003 (1,001- 1,005)	0,011	1,004 (1,002- 1,006)	<0,001	1,004 (1,002- 1,006)		<0,001	1,005 (1,003- 1,007)	<0,001
Sexo Fe- minino Nº, (%)	163 (44,8%)	239 (42,2%)	1,061 (0,902- 1,249)	0,472							
R a ç a Branca Nº, (%)	311 (85,4%)	476 (84,1%)	1,076 (0,858- 1,350)	0,524							
VARIÁVEIS CLÍNICAS											
Í n d i c e Charlson Mediana (IIQ)	5 (3-6)	4 (3-6)	1,025 (0,994- 1,056)	0,111							
DRC Nº, (%)	43 (11,8%)	48 (8,5%)	1,228 (0,970- 1,556)	0,088	0,994 (0,795- 1,242)	0,956	1,008 (0,806- 1,260)		0,945	1,092 (0,883- 1,350)	0,415
Admis- são em UTI Nº, (%)	176 (48,4%)	137 (24,2%)	1,842 (1,575- 2,153)	<0,001							
Número de drogas nefrotó- xicas Mediana (IIQ)	39 (25-61)	32 (18-48)	1,004 (1,002- 1,006)	0,001	1,004 (1,001- 1,007)	0,018	1,004 (1,001- 1,007)		0,013	1,004 (1,001- 1,006)	0,015
Uso de noradre- nalina Nº, (%)	152 (41,8%)	95 (16,8%)	1,977 (1,702- 2,295)	<0,001	1,545 (1,314- 1,818)	<0,001	1,559 (1,325- 1,834)		<0,001	1,465 (1,241- 1,729)	<0,001
TERAPIA DE VANCOMICINA											
Dias de terapia Mediana (IIQ)	8,5 (6-12)	8 (5-11)	1,009 (0,999- 1,019)	0,080	0,990 (0,974- 1,006)	0,233	0,990 (0,973- 1,006)		0,224	0,987 (0,973- 1,001)	0,987
NSV má- ximo (µg/ mL) Mediana (IIQ)	33,0 (24,4- 43,1)	19,8 (14,5-27,4)	1,020 (1,012- 1,029)	<0,001							



Dose diária máxima Mediana (IIQ)	33,3 (28,2-42,4)	33,9 (28,6-43,5)	0,994 (0,988-1,000)	0,038					
F-MDRD (dose / kg · e G - FR) Mediana (IIQ)	0,813 (0,554-1,246)	0,427 (0,308-0,604)	1,575 (1,361-1,822)	<0,001	1,546 (1,338-1,786)	<0,001			
F-CKD-EPI (dose / kg · e G - FR) Mediana (IIQ)	0,872 (0,565-1,331)	0,469 (0,354-0,620)	1,472 (1,291-1,678)	<0,001	1,443 (1,265-1,646)	<0,001			
F - C G (dose / kg · e G - FR) Mediana (IIQ)	0,869 (0,546-1,303)	0,501 (0,330-0,760)	1,213 (1,007-1,368)	0,002			1,184 (1,058-1,325)	0,003	

VARIÁVEIS LABORATORIAIS

P C R máxima (mg/L) Mediana (IIQ)	60,5 (0,0-82,4)	42,6 (4,3-77,7)	1,002 (1,000-1,004)	<0,001	1,008 (1,003-1,012)	0,002	1,002 (1,000-1,004)	0,090	1,002 (0,999-1,004)	0,148
Leucócitos máximo (10³/μL) Mediana (IIQ)	14,29 (9,99-21,54)	11,36 (8,08-16,50)	1,014 (1,009-1,018)	<0,001	1,002 (1,000-1,004)	0,087	1,008 (1,003-1,012)	0,001	1,008 (1,003-1,012)	<0,001
Bastões (%) Mediana (IIQ)	11,0 (7,0-16,0)	10,0 (7,0-15,5)	1,005 (0,993-1,017)	0,386						

Fonte: os autores. *UTI: Unidade de Terapia Intensiva, DRC: Doença Renal Crônica; F-MDRD: dose diária máxima (mg) / peso do paciente (kg) x taxa de filtração glomerular estimada pela equação MDRD em mL/min/1,73 m²; F-CKD-EPI: dose diária máxima (mg) / peso do paciente (kg) x taxa de filtração glomerular estimada pela equação CKD-EPI em mL/min/1,73 m²; F-CG: dose diária máxima (mg) / peso do paciente (kg) x taxa de filtração glomerular estimada pela equação Cockcroft-Gault em mL/min/1,73 m²; PCR: Proteína C Reativa. IIQ: intervalo interquartil. N°. (%): número e percentual. RR (95% IC): risco relativo (95% intervalo de confiança).

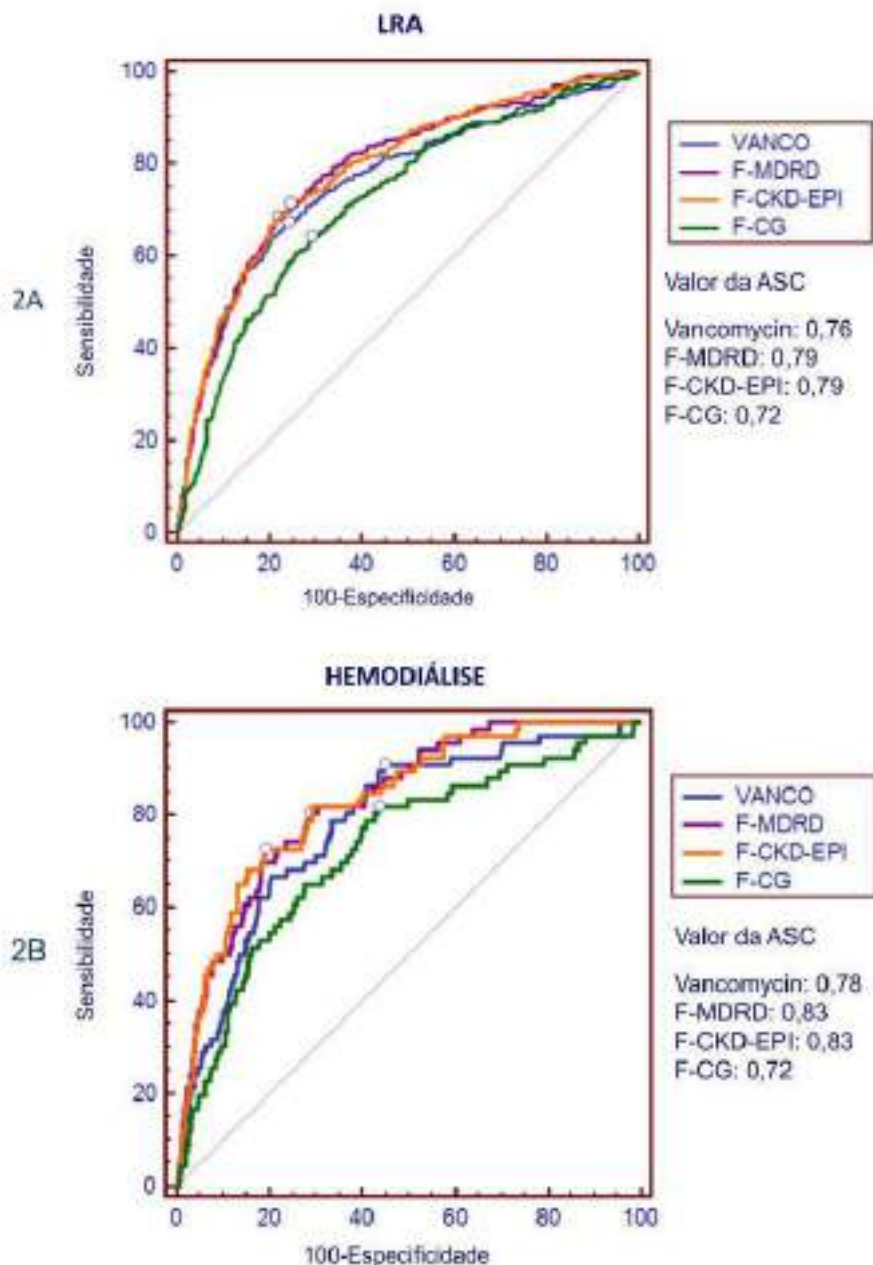
A Figura 2 (A) mostra as curvas ROC do valor máximo de nível sérico de vancomicina no vale e das fórmulas F-MDRD, F-CG e F-CKD-EPI para LRA e LRA-HD (Hemodiálise). Para o resultado LRA, o valor máximo de nível sérico de vancomicina no vale durante o curso do antibiótico exibiu uma ASC de 0,76 (intervalo de confiança de 95% [IC] 0,73-0,79), as fórmulas F-MDRD



e F-CKD-EPI exibiram uma ASC de 0,79 (95% CI: 0,76- 0,81), e a fórmula F-CG teve uma ASC de 0,72 (IC 95%: 0,69-0,75). Comparando as curvas ROC, as variáveis F-CKD-EPI, F-MDRD e o valor máximo de nível sérico de vancomicina no vale tiveram acurácias equivalentes, enquanto o F-CG teve desempenho pior do que todos esses métodos. Para o resultado LRA-HD (Figura 2, B), o valor máximo de nível sérico de vancomicina no vale teve uma ASC de 0,78 (IC 95%: 0,76-0,81), as fórmulas F-MDRD e F-CKD-EPI tiveram uma ASC de 0,83 (95 % IC: 0,80-0,85), e a fórmula F-CG teve uma ASC de 0,72 (95% CI: 0,70-0,75). Comparando as curvas, as variáveis F-CKD-EPI, F-MDRD e valor máximo de nível sérico de vancomicina no vale apresentaram acurácias equivalentes, enquanto a fórmula F-CG foi inferior às outras duas fórmulas. Usando o método de Youden, os pontos de corte após os quais o risco de LRA aumentou significativamente foram 0,6348 para a fórmula F-MDRD, 0,6219 para a fórmula F-CKD-EPI e 0,6961 para a fórmula F-CG. As comparações entre as curvas através do teste de DeLong demonstraram equivalência ($p>0,05$) entre as curvas das variáveis VANCO, F-MDRD e F-CKD-EPI. Comparando essas variáveis com a variável F-CG, esta foi inferior, com um $p=0,03$, $p<0,01$ e $p<0,01$, respectivamente.



Figura 2. Comparação entre as ASC para os desfechos LRA e necessidade de hemodiálise.



Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

A incidência de 39,1% e uma incidência de LRA-HD de 7,1% e seus desfechos obtidos no estudo são difíceis de comparar com as de outras coortes, pois variam de acordo com o tipo de população estudada e os diferentes critérios de classificação utilizados para o diagnóstico (ÁLVAREZ *et al.*, 2016; RYBAK *et al.*, 2020; GYAMLANI *et al.*, 2019; JEFFRES, 2017).



Foi utilizado o critério proposto pelo KDIGO em 2012, que define LRA como variação de creatinina acima de 0,3 mg/dL por ser essa faixa um fator de risco independente para óbito (KHWAJA, 2012; JEFFRES, 2017; ZONOZI *et al.*, 2019). Foi encontrada taxa de 11,7% de necessidade de hemodiálise entre os pacientes que desenvolveram LRA. Um estudo anterior mostrou que a LRA causada pela vancomicina, embora associada a piores resultados assistenciais (ELYASI; KHALILI, 2016; RYBAK *et al.*, 2020; GYAMLANI *et al.*, 2019), evoluiu com graus mais leves de LRA e função renal normal na maioria dos pacientes (RYBAK *et al.*, 2020; GYAMLANI *et al.*, 2019; FILIPPONE, *et al.*, 2017). A revisão de Filippone *et al.*, (2017) mostra que 50 a 92% dos pacientes evoluem com graus leves de LRA e três quartos recuperam a função renal normal quando recebem alta. Já a revisão de Gupta *et al.*, (2011) refere-se a uma recuperação de 71-81%.

Avaliando as três equações (F-MDRD, F-CKD-EPI, F-CG), a fórmula usando a eTFG com a equação de Cockcroft-Gault teve menor acurácia (AUC: 0,72). O F-MDRD e CKD-EPI (AUC: 0,79) tiveram precisão semelhante à do monitoramento do nível sérico no vale para os resultados LRA e LRA-HD, usando como pontos de corte valores acima de 0,64 (F-MDRD) ou 0,62 (F-CKD-EPI). A mediana da fórmula F-CKD-EPI para o grupo com LRA foi de 0,87, enquanto para o grupo sem LRA foi de 0,47 (Tabela 2). Um exemplo real do valor mediano do grupo com LRA da fórmula F-CKD-EPI (0,87) foi um paciente com 58 kg e TGF de 40 mL/min/1,73 m² que recebeu dose diária de 2.000 mg. De acordo com o protocolo do hospital, essa dose era inadequada. Doses inadequadas como essa podem levar a eventos adversos, como LRA. Esses eventos são evitáveis por meio de ferramentas de apoio à decisão que trazem maior segurança ao paciente (WILSON; GREENBERG, 2018).

Esse achado tem relevância prática para as equipes de saúde por se tratar de um cálculo simples, sem custo, que utiliza os dados do paciente disponíveis no momento da prescrição da vancomicina antes da administração, podendo ser incluído no sistema de prescrição do hospital. Seria possível calcular a dose máxima diária utilizando as seguintes fórmulas:

- Dose diária máxima: 0,62. Peso. eGFR (CKD-EPI)
- Dose diária máxima: 0,64. Peso. eGFR (MDRD)

Por exemplo, para paciente de 70 kg com uma taxa de filtração glomerular estimada (eTFG) de 60 mL/min/1,73 m² pela CKD-EPI, a dose diária máxima seria 2.604 mg (0,62 * 70 kg * 60 mL/min/1,73 m²).

Em relação aos cofatores independentes para o desenvolvimento de LRA, os achados reforçam achados anteriores da literatura (GOLIGHTLY *et al.*, 2013).

A leucocitose pode estar associada à resposta imune durante a LRA, o que pode contribuir para a progressão da lesão renal. Essa resposta é complexa, envolvendo numerosos leucócitos pró-inflamatórios que empregam diversos mecanismos efetores dentro do rim (KINSEY; OKUSA, 2012). O número de drogas nefrotóxicas administradas também foi um fator independente para o desfecho. A administração de medicamentos contribuiu com aproximadamente 17–27% de todas as LRA, com



base em vários estudos (WAIKAR; MURRAY; SINGH, 2018; LEWIS; MUELLER, 2016).

Os níveis de leucocitose, bastões e proteína C reativa foram usados como fatores associados à gravidade da condição séptica do paciente. Além disso, a admissão na UTI e o uso de noradrenalina foram usados como fatores associados à progressão para choque séptico. Todos esses fatores foram utilizados na análise ajustada, avaliando as fórmulas como fatores independentes.

Vários achados do estudo reforçam a relação causal entre a vancomicina e o desenvolvimento de LRA. Primeiro, o nível sérico no vale da vancomicina foi significativamente maior em pacientes que desenvolveram LRA (Figura 1). Em segundo lugar, após o ajuste para outros fatores de risco para o desenvolvimento de LRA, o nível sérico no vale da vancomicina e as fórmulas permaneceram preditoras independentes do resultado. Em um estudo de 5 anos avaliando 2.493 cursos de vancomicina, Pritchard *et al.*, (2010) encontraram um resultado semelhante: após ajuste para os fatores associados, o nível sérico no vale vancomicina foi um preditor independente desse resultado. Da mesma forma, as revisões de Gyamlania *et al.*, (2019) e Zamoner *et al.*, (2020), mostram riscos aumentados para esse desfecho para nível sérico no vale acima de 20 µg/mL.

Neste estudo, ao observar as incidências de LRA nos grupos estratificados, o uso de vancomicina está associado a um maior risco de LRA quando os níveis séricos ultrapassam 20 mg/L. Assim, embora seja difícil medir com precisão os níveis de antimicrobianos nos locais de infecção em pacientes em terapia intensiva (LEVEY *et al.*, 2009), é importante monitorar as concentrações séricas e a função renal em pacientes que recebem esse medicamento, bem como ajustar sua dose à função renal do paciente e peso no momento da prescrição.

O presente estudo tem alguns pontos fortes. A fórmula proposta por este grupo é inovadora e não foi relatada anteriormente. Além disso, que se saiba, este é um dos principais estudos sobre a nefrotoxicidade induzida pela vancomicina em países de baixa e média renda em um ambiente de saúde pública. No entanto, o estudo apresenta algumas limitações. A primeira limitação do estudo é que a pesquisa foi realizada retrospectivamente, o que limita algumas inferências. Além disso, embora a associação entre o nível sérico no vale e o desfecho tenha sido demonstrada e análises ajustadas tenham sido realizadas, fatores não mensurados podem ter enviesado os resultados, por se tratar de um estudo observacional.

CONCLUSÃO

Em uma coorte de 930 pacientes de um hospital terciário brasileiro, o nível sérico no vale de vancomicina foi um fator independente para o desenvolvimento de nefrotoxicidade. Os resultados estão de acordo com a literatura disponível, demonstrando a relação entre o nível sérico de vancomicina no vale e o risco de LRA. Foi desenvolvida uma equação simples que pode ser usada como ferramenta clínica para ajustar a dose da vancomicina antes mesmo da primeira prescrição de manutenção, evitando a nefrotoxicidade relacionada ao erro de prescrição, sem envolver custos. Essa



equação teve acurácia semelhante à medida do nível sérico de vancomicina no vale para os resultados de LRA e LRA-HD. Futuros estudos podem ser desenvolvidos para validar a fórmula como suporte à decisão clínica.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre pela estrutura e pela disponibilidade dos dados para a realização deste trabalho e à Gerência de Ensino e Pesquisa pela consultoria em bioestatística.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, R. *et al.* Optimizing the clinical use of vancomycin. *Antimicrobial agents and chemotherapy*, Washington, v. 60, n. 5, p. 2601-2609, Apr. 2016. Doi: <https://doi.org/10.1128/AAC.03147-14>. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/full/10.1128/AAC.03147-14>. Acesso em: 31 dez. 2021.

COUNCIL OF EUROPE. Committee of experts on management of safety and Quality in Health Care (SP-SQS). Expert Group on Safe Medication Practices *Glossary of terms related to patient and medication safety*. 2005. Disponível em: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

ELYASI, S.; KHALILI, H. Vancomycin dosing nomograms targeting high serum trough levels in different populations: pros and cons. *European Journal of Clinical Pharmacology*, Berlin, v. 72, n. 7, p. 777-788, Apr. 2016. Doi: 10.1007/s00228-016-2063-8. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00228-016-2063-8>. Acesso em: 31 dez. 2021.

FILIPPONE, E. J. *et al.* The nephrotoxicity of vancomycin. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, St. Louis, v. 102, n. 3, p. 459-469, May 2017. Doi: <https://doi.org/10.1002/cpt.726> Disponível em: <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpt.726>. Acesso em: 3 jan. 2022.

FODERO, K. E. *et al.* Impact of an antimicrobial stewardship program on patient safety in veterans prescribed vancomycin. *Clinical Therapeutics*, Princeton, v. 38, n. 3, p. 494-502, Jan. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2016.01.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291816000059>. Acesso em: 31 dez. 2021.

GOLIGHTLY, L. K. *et al.* *Renal pharmacotherapy: dosage adjustment of medications eliminated by the kidneys*. New York: Springer, 2013.

GUPTA, A. *et al.* Vancomycin nephrotoxicity: myths and facts. *Netherlands Journal of Medicine*, Amsterdam, v. 69, n. 9, p. 379-383, Sept. 2011. Disponível em: <https://www.njmonline.nl/getpdf.php?t=i&id=141#page=29>. Acesso em: 3 jan.2022.

GYAMLANI, G. *et al.* Vancomycin-associated acute kidney injury in a large veteran population. *American Journal of Nephrology*, Basel, v. 49, n. 2, p. 133-142, Feb. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1159/000496484>. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Pdf/496484>. Acesso em: 31 dez. 2021.



JEFFRES, M. N. The whole price of vancomycin: toxicities, troughs, and time. *Drugs*, New York, v. 77, n. 11, p. 1143-1154, June 2017. Doi: <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0764-7> Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40265-017-0764-7>. Acesso em: 31 dez. 2021.

KHWAJA, A. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. *Nephron Clinical Practice*, Sheffield, v. 120, n. 4, p. c179-c184, Oct. 2012. Doi: <https://doi.org/10.1159/000339789>. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Pdf/339789>. Acesso em: 31 dez. 2021.

KINSEY, G. R.; OKUSA, M. D. Role of leukocytes in the pathogenesis of acute kidney injury. *Critical care*, Charlottesville, v. 16, n. 2, p. 1-5, Mar. 2012. Doi: <https://doi.org/10.1186/cc11228> Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc11228#citeas> Acesso em: 3 jan. 2022

LEONE, M. *et al.* Hospital-acquired pneumonia in ICU. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, Marseille, v. 37, n. 1, p. 83-98, Feb. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2017.11.006>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352556817303338>. Acesso em: 31 dez. 2021.

LEVEY, A. S. *et al.* A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 150, n. 9, p. 604-612, May 2009. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00006>. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00006>. Acesso em: 4 jan. 2022.

LEWIS, S. J.; MUELLER, B. A. Antibiotic dosing in patients with acute kidney injury: “enough but not too much”. *Journal of Intensive Care Medicine*, Crambridge, v. 31, n. 3, p. 164-176, Mar. 2016. Doi: <https://doi.org/10.1177/0885066614555490> Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0885066614555490> Acesso em: 3 jan. 2022.

PERAZELLA, Mark A. Drug-induced nephropathy: an update. *Expert Opinion on Drug Safety*, New Haven, v. 4, n. 4, p. 689-706, July 2005. Doi: <https://doi.org/10.1517/14740338.4.4.689>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1517/14740338.4.4.689>. Acesso em: 31 dez. 2021.

PRITCHARD, L. *et al.* Increasing vancomycin serum trough concentrations and incidence of nephrotoxicity. *The American Journal of Medicine*, St. Louis v. 123, n. 12, p. 1143-1149, Dec. 2010. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.07.025> Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002934310007394>. Acesso em: 3 jan. 2022.

RULE, A. D. *et al.* Using serum creatinine to estimate glomerular filtration rate: accuracy in good health and in chronic kidney disease. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 141, n. 12, p. 929-937, Dec. 2004. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-12-200412210-00009>. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-141-12-200412210-00009>. Acesso em: 3 jan. 2022.



RYBAK, M. J. *et al.* Therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections: a revised consensus guideline and review by the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. *Clinical Infectious Diseases*, Chicago, v. 71, n. 6, p. 1361-1364, July 2020. Doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa303>. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/71/6/1361/5870833?login=true>. Acesso em: 31 dez. 2021.

TRUONG, J.; LEVKOVICH, B. J.; PADIGLIONE, A. A. Simple approach to improving vancomycin dosing in intensive care: a standard ised loading dose results in earlier therapeutic levels. *Internal medicine journal*, Carlton, v. 42, n. 1, p. 23-29, Jan. 2012. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2011.02459.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1445-5994.2011.02459.x>. Acesso em: 31 dez. 2021.

WAIKAR, S. S.; MURRAY, P. T.; SINGH, A. K. (ed.). *Core concepts in acute kidney injury*. New York: Springer, 2018.

WILSON F. P.; GREENBERG J. H. Acute kidney injury in real time: prediction, alerts, and clinical decision support. *Nephron*, Basel, v. 140, n. 2, p. 116-119, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1159/000492064> Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/492064#>

YE, Z.; LI, C.; ZHAI, S. Guidelines for therapeutic drug monitoring of vancomycin: a systematic review. *PLoS One*, San Francisco, v. 9, n. 6, p. e99044, June 2014. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099044>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0099044>. Acesso em: 3 jan. 2022.

ZAMONER, W. *et al.* Serum concentration of vancomycin is a diagnostic predictor of nephrotoxic acute kidney injury in septic patients in clinical and surgical wards. *Infection and Drug Resistance*, New Zealand, v. 13, p. 403, Feb. 2020. Doi: <https://doi.org/10.2147/IDR.S219989>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7020928/>. Acesso em: 31 dez. 2021.

ZONOZI, R. *et al.* Elevated vancomycin trough levels in a tertiary health system: frequency, risk factors, and prognosis. *Mayo Clinic Proceedings*, Rochester, v. 94, n. 1, p. 17-26, Jan. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.08.034>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002561961830702X>. Acesso em: 31 dez. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 09 de janeiro de 2022.

Aceito em 27 de abril de 2022.

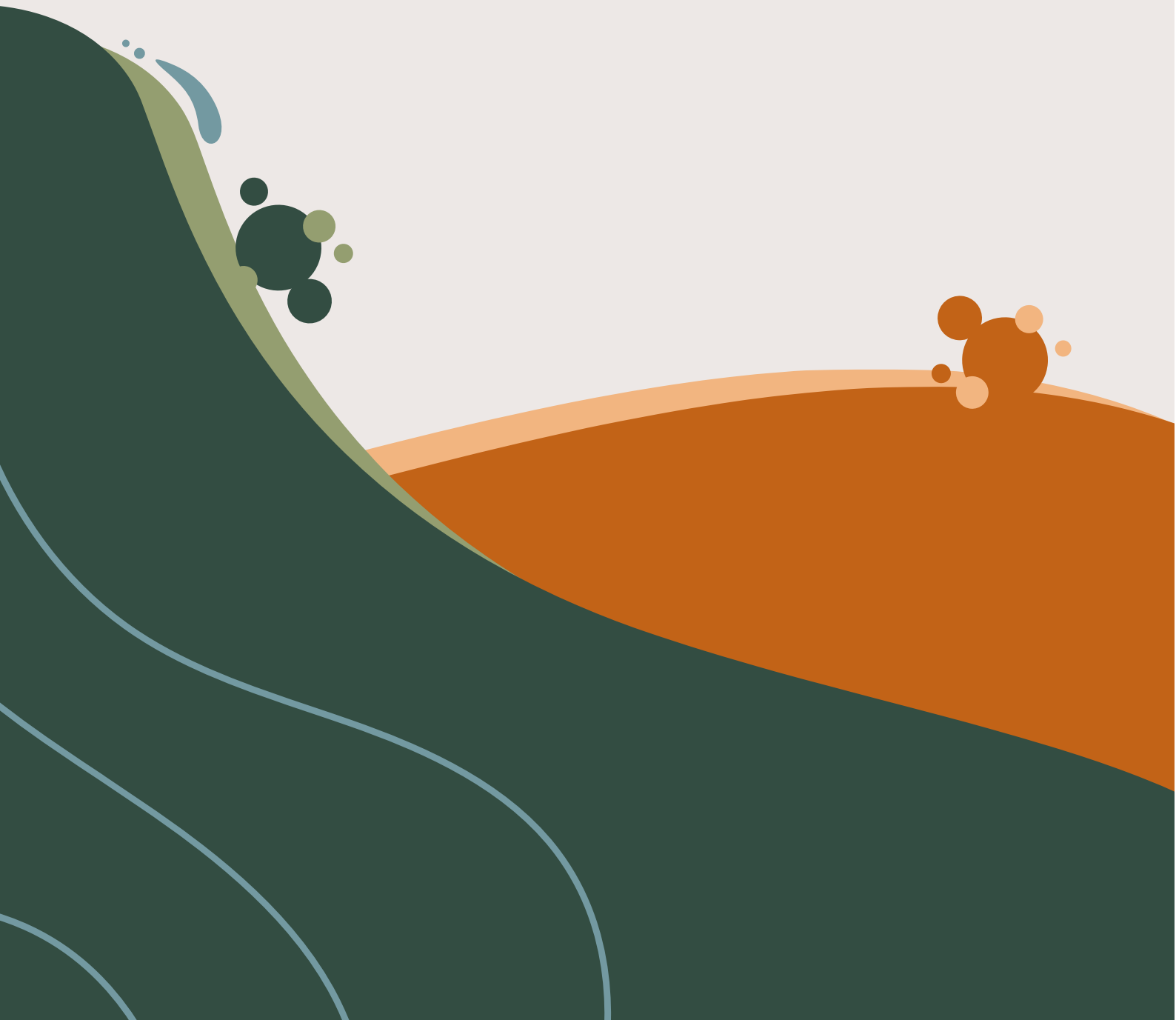
Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

ULBRICH, Ana Helena Dias Pereira dos Santos; PINTO, Clarissa Both; TURRA, Kely Medeiros; *et al.*. Avaliação da nefrotoxicidade e cálculo da dose diária de vancomicina em um hospital brasileiro. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 186-202, 2022.



DIÁLOGOS COM A SOCIEDADE





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-14>
<https://revista.ghc.com.br/>

Entre microfonias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo por teleatendimento em um Centro de Atenção Psicossocial

Among microphonics, affections, and the pandemic: a letter about a teleservice group in a Psychosocial Care Center

Antonella Cabrini de Lima ¹

Juliana Unis Castan ²

¹ Psicóloga. Residente no Programa Saúde Mental da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Contribuição de autoria: a autora contribuiu na concepção do artigo, construção do texto e revisão do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7449-5307>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6985007295508406>

E-mail: atcabrini@gmail.com

² Psicóloga. Mestre em Counseling and Personnel Services pela University of Maryland, College Park, EUA. Especialista em Psicologia Hospitalar e em Avaliação Psicológica pelo CFP. Psicóloga contratada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Contribuição de autoria: a autora contribuiu na concepção do artigo e revisão do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6946-0537>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3023376776893477>

RESUMO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde mental comunitário que atua de forma interdisciplinar visando a reabilitação e reinserção de pessoas com sofrimento psíquico intenso. Considerando o perfil de usuários do CAPS, que apresentam perda de funcionalidade e autonomia, e vínculos interpessoais empobrecidos, desenvolver ou ampliar o repertório de habilidades sociais mostra-se de suma importância no tratamento multidisciplinar. A pandemia de COVID-19 demandou a adoção de medidas de proteção e segurança nos serviços de saúde, incluindo a realização de grupos terapêuticos por teleatendimento no CAPS. Este artigo objetiva relatar as inquietações de uma profissional co-coordenadora de um grupo de treinamento de habilidades sociais realizado por teleatendimento em um CAPS II, retratando também as modificações em sua condução demandadas pela pandemia. O grupo realizado de forma on-line demonstrou ser mais uma ferramenta disponível para o cuidado em saúde mental. Considerando as dificuldades de interação e ansiedade social, a realização de intervenções de forma virtual mostrou-se um facilitador para usuários com este perfil. Espera-se que esta possa ser a porta de entrada para maior participação dos usuários que possam progredir para encontros presenciais quando o contexto social permitir.

Palavras-chave: serviços comunitários de saúde mental; habilidades sociais; COVID-19.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Center (PSCC) is a community mental health service that works interdisciplinarily, aiming to rehabilitate and reinsert people with intense psychic suffering. Considering the profile of PSCC users, who present a loss of functionality and autonomy and impoverished interpersonal bonds, developing or expanding the repertoire of social skills proves to be of utmost importance in multidisciplinary treatment. The COVID-19 pandemic demanded the adoption of protection and safety measures in health services, including the conduction of therapeutic groups via teleservice at the PSCC. This paper aims to report the concerns of a professional co-coordinator of a social skill training group carried out through teleservice at a PSCC II, also depicting the modifications to their conduct demanded by the pandemic. The group carried out online demonstrated being yet another tool available for mental healthcare. Considering the challenges of interaction and social anxiety, the virtual performance of interventions proved to be a facilitator for users with this profile. This is expected to be the entryway for greater participation of the users that may progress to in-person meetings when the social context so allows.

Keywords: mental health community services; social skills; COVID-19.

Queridos colegas, como estão nestes tempos pandêmicos? Espero que estejam todos bem, na medida do possível. Nosso trabalho foi abalado, demandando reformulações e ressignificações constantes, porém seguimos buscando o fortalecimento de vínculos e afetos, seja pessoalmente ou através de ligações ou de telas. Este relato de experiência foi criado a partir dos desafios e inquietações surgidos durante a minha trajetória enquanto residente



de psicologia no primeiro ano da pandemia da COVID-19, período marcado pelo isolamento social que antecedeu a diminuição de casos de infecção ocorrida após a vacinação em massa da população.

Me formei em psicologia em 2018 no litoral norte e em 2020 me mudei para Porto Alegre para iniciar uma tão aguardada residência em Saúde Mental. O segundo ano da residência se dá em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), local em que eu mais desejava atuar. O CAPS é um serviço de saúde mental comunitário que atua de forma interdisciplinar visando a reabilitação e reinserção de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes na sociedade (BRASIL, 2011). É um serviço baseado nas ideias de território e de vínculo, de reforço de potencialidades, estímulo à autonomia e, principalmente de cuidado e afeto.

Entretanto, confesso que estava desmotivada, pois acreditava que não conseguiria realizar um trabalho satisfatório à distância. Teria apenas um ano para me experimentar neste local que desejava tanto - e ainda em meio a uma pandemia, com grupos suspensos e toda rotina e fluxo de trabalho modificado.

Uma das atividades que estava programada para eu realizar era o Grupo de Habilidades Sociais. O termo habilidades sociais refere-se ao repertório comportamental que envolve interações sociais. O aprendizado de novas habilidades e o desenvolvimento de autonomia impactam no modo como os usuários se posicionam no mundo enquanto sujeitos singulares, gerando melhora da autoeficácia e da autoestima (CORDIOLI; GREVET, 2019; JUNGES; PEREIRA; CASTAN, 2020). Ainda segundo os autores, esta prática corrobora a função do CAPS de estímulo à cidadania, além de promover a motivação para o tratamento e a visão e valorização de pessoas historicamente marginalizadas e discriminadas socialmente.

O grupo, coordenado por profissionais da Enfermagem e Psicologia, propõe o desenvolvimento de habilidades relacionais e adaptativas - aspecto essencial considerando o perfil de usuários atendidos, com demandas de trabalhar autonomia, funcionalidade e vínculos interpessoais. Com foco na comunicação e escuta de sentimentos e emoções, apoio mútuo, empatia e civilidades, a intervenção utiliza-se de interações assertivas entre seus participantes através de rodas de conversa, treinos estruturados e passeios (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011; JUNGES; PEREIRA; CASTAN, 2020).

Vocês podem imaginar o que pensei quando soube que participaria da coordenação de um grupo de habilidades sociais à distância... Justamente de habilidades sociais, que sempre supomos requerer o contato presencial, o olho no olho! Inicialmente, o grupo foi suspenso, pois pensava-se que seria impossível um grupo que objetiva a interação social, isto é, que os usuários saiam de casa, converssem, se expressem, ser à distância, com cada um dentro de sua casa falando e se vendo através da tela de um celular ou computador.

Mas a pandemia não deu trégua e é claro que a saúde mental das pessoas não foi beneficiada pelo consequente isolacionismo. Usuários com dificuldades de sair de casa ficaram ainda mais reclusos, com atividades restritas à casa e com convívio social restrito à família. Também não foi fácil para



os profissionais do serviço, que viram o sentido do seu trabalho se perder, que se perceberam de mãos atadas, com contato com usuários apenas através de ligações telefônicas ou quando vinham para as consultas psiquiátricas ainda mais espaçadas.

Dessa forma, a necessidade de todos, equipe e usuários, demandou reformulações e a capacidade de se reinventar para trazer vida de volta ao CAPS, através da continuação de um cuidado acolhedor e humanizado. Pois humanizar também é proteger, mas sem afastar o usuário.

Assim, o grupo recomeçou de forma on-line e com novos e antigos participantes. E não é que deu certo?!? A maior novidade foi perceber que o formato on-line, ao invés de nos afastar, possibilitou que muitos usuários resistentes a ir ao CAPS presencialmente, puderam utilizar a segurança de suas casas a seu benefício, participando on-line.

Apesar de não podermos estimular a interação social fora dos muros de casa durante a pandemia, de acordo com as orientações governamentais da época, aproveitamos esta oportunidade para nos aproximarmos de forma on-line de usuários que pouco frequentavam o CAPS anteriormente. Pudemos também ver um pouquinho de suas casas, através de suas telas, e interagir com parentes, o que também nos proporcionou ver um recorte das dinâmicas familiares. Além disso, pudemos diminuir um pouco da solidão provocada ou acentuada pela pandemia, tanto a nossa quanto a deles, demonstrando que o CAPS continua aqui para o que precisarem.

Outro ganho importante foi referente à aprendizagem do uso de telas e mídias, tanto para comunicação, como para a busca de novos conhecimentos. Usuários que não sabiam usar a internet, aprenderam, se reinventaram e agora conseguem se comunicar melhor com familiares e com a própria equipe do CAPS. Isso também é promover a inserção social!

Claro que nem só de ganhos vivemos. Não realizamos passeios e não conhecemos tanto os usuários como gostaríamos. Enfrentamos dificuldades com computadores, celulares e internet, assim como atrapalhões para ligar e desligar microfones. O fato de os usuários terem déficits justamente na interação desmotivou, já que às vezes parecia mais uma entrevista do que um grupo terapêutico, mas seguimos e os usuários seguiram num esforço conjunto conosco.

O isolamento pandêmico foi físico, mas não social, é o que sempre reforçamos para todos, e colocar em prática esta ideia nos aqueceu o coração. Ver na prática que o trabalho em saúde mental continua vivo e potente, em contínua reconstrução. O contato com nossos usuários é o que nos motiva a trabalhar todos os dias, seja pessoalmente ou através de telas. Eles podem estar do lado de lá, mas nós continuaremos sempre aqui, por eles.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 24 jun. 2021.

CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

JUNGES, N.; PEREIRA, F. P.; CASTAN, J. U. Grupo de treinamento de habilidades sociais em um Centro de Atenção Psicossocial. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, v. 56, p. 246-260, 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/12258/8870>. Acesso em: 24 jun. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 30 de dezembro de 2021.

Aceito em 18 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

LIMA, Antonella Cabrini de; CASTAN, Juliana Unis. Entre microfonias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo por teleatendimento em um Centro de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 204-207, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-15>
<https://revista.ghc.com.br/>

Vivências de extensão pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família: ampliando horizontes e saberes - um relato de experiência

Experiencias de extensión por la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia: ampliando horizontes y saberes - un reporte de experiencia

Extension experiences in the multiprofessional residency on family health: expanding horizons and knowledge - an experience report

Antônia de Maria Milena Bezerra de Menezes ¹

Jorge Luís Rodrigues dos Santos ²

Jaime Conrado Aragão Neto ³

Pedro Ítalo Alves de Carvalho ⁴

Francisco Valdicélio Ferreira ⁵

Tamires Alexandre Félix ⁶

¹ Nutricionista, Residente Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8945-8162>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3905231532122015>
E-mail: bernardo.milena1@gmail.com

² Nutricionista, Residente Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1349-6984>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9566071366550526>
E-mail: nutrijorgeluis@gmail.com

³ Nutricionista, Residente Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9284-6366>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5240151858461602>
E-mail: jaimconrado14@gmail.com

⁴ Nutricionista, Residente Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5088-1342>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0193875668692008>
E-mail: pedroitaloac@gmail.com

RESUMO

O Sistema Único de Saúde – SUS busca trabalhar o conceito de saúde de forma ampliada e com isto há a necessidade de formação interdisciplinar e multiprofissional para o SUS de forma a abranger suas necessidades. A partir disso, as Residências Multiprofissionais propõem essa formação de forma integral com o intuito de formar e produzir tecnologias do cuidado, aspectos importantes para a qualificação do SUS. O presente estudo consiste em um relato de experiência com abordagem qualitativa, vivenciado sobre a perspectiva de nutricionistas residentes pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculados à Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) em Sobral-CE, no período de agosto a novembro de 2021. As vivências ocorreram nos serviços que apresentam relação direta com o fazer profissional da categoria. Dentre os serviços visitados, destacaram-se: Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Vigilância Epidemiológica, Programa Melhor em Casa, Célula da Vigilância Alimentar e Nutricional e Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Econômico. Foi possível ampliar o olhar quanto ao fazer do nutricionista, nos diferentes setores com diversas ações. O período de Vivência proporcionou experiências com diversos públicos, sendo possível a troca de saberes. Percebeu-se a importância de conhecer o fazer do outro, observar e entender como podemos facilitar determinados processos, proporcionando assim a construção e formação profissional.

Palavras-chave: capacitação de recursos humanos em saúde; estratégia saúde da família; educação profissional em saúde pública.

RESUMEN

El Sistema Único de Salud – SUS busca trabajar el concepto de salud de forma ampliada y con eso hay una necesidad de formación interdisciplinaria y multiprofesional para el SUS con el fin de cubrir sus necesidades. A partir de eso, las Residencias Multiprofesionales proponen esa formación de forma integral con el objetivo de formar y producir tecnologías de cuidado, aspectos importantes para la calificación del SUS. El presente estudio consiste en un relato de experiencia con abordaje cualitativo, vivido sobre la perspectiva de nutricionistas residentes por el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia, vinculados a la Escuela de Salud Pública Visconde de Saboia (ESP-VS) en Sobral-CE, en el período de agosto a noviembre de 2021. Las vivencias ocurrieron en los servicios que presentan relación directa con la práctica profesional de la categoría. Entre los servicios visitados, se destacaron: Estrategia Trevo de Quatro Folhas, Vigilância Epidemiológica, Programa Melhor em Casa, Célula da Vigilância Alimentar e Nutricional y Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Econômico. Fue posible ampliar la mirada en cuanto a la tarea del nutricionista, en los diferentes sectores con diversas acciones. El período de Experiencia proporcionó experiencias con diversos públicos, siendo posible el intercambio de saberes. Se percibió la importancia de conocer el hacer del otro, observar y entender cómo podemos facilitar determinados procesos, proporcionando así la construcción y formación profesional.

Palabras clave: capacitación de recursos humanos en salud; estrategia salud de la familia; educación profesional en salud pública.



ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (SUS, from the Portuguese *Sistema Único de Saúde*) seeks to work the concept of health in an expanded manner; with this, there is a need for interdisciplinary and multiprofessional training for the SUS to cover its requirements. From this, the multiprofessional residencies propose this training integrally with the purpose of training and producing care technologies, important aspects for the qualification of the SUS. This study consists of an experience report with a qualitative approach, experienced from the perspective of resident nutritionists from the Program of Multiprofessional Residency in Family Health connected to the School of Public Health Visconde de Sabóia (ESP-VS) in Sobral-CE, Brazil, from August to November 2021. The experiences took place in the services directly related to the professional practice of the category. Among the services visited, the following stood out: Four-Leaf Clover Strategy, Epidemiological Surveillance, Better at Home Program, Food and Nutrition Surveillance Cell, and Department of Labor and Economic Development. It was possible to expand the view regarding the practice of nutritionists in the different sectors with various actions. The experience period provided experiences with various audiences, with the exchange of knowledge being possible. The importance of knowing the practice of others, observing, and understanding how one may facilitate specific processes, thus enabling the professional construction and training, was noticed.

Keywords: human resources training in health; family health strategy; professional education in public health.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado na década de 1990 após a implementação da Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990, esta complementada pela lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 sendo uma grande conquista para o povo brasileiro. Nesta perspectiva e pensando no fortalecimento do SUS, foi instituído em 1994 o Programa Saúde da Família – PSF, que mais tarde passou a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família – ESF, tendo como uma das principais características o trabalho interdisciplinar em equipe (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; SANTOS; BATISTA; DEVINCENZI, 2015).

Nos anos 90, o SUS reformula a estratégia do modelo assistencial, buscando ampliar o conceito de saúde e da sua integralização. A Estratégia Saúde da Família surge como um modelo para essa reformulação, tendo como objetivo a assistência integral e contínua, priorizando o cidadão e a família, promovendo ações combinadas com os princípios do Sistema Único de Saúde (VEDANA, 2020).

Em razão do crescimento da demanda do setor saúde e a possibilidade de ampliar os espaços para o ensino e pesquisa, foram instituídas as Residências Multiprofissionais, “com o intuito de formar e produzir tecnologias do cuidado, aspectos importantes para a qualificação do SUS” (SANTOS; BATISTA; DEVINCENZI, 2015). Em 2005 foi regulamentada pela Lei nº 11.129 de 2005 a Residência em

⁵ Nutricionista, Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará, Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-UECE, Preceptor da categoria nutrição pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará.

Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6347-2844>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0242658467815633>

E-mail: celionutri@gmail.com

⁶ Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Coordenação da Atenção Secundária da Secretaria da Saúde de Sobral, Ceará.

Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9297-7764>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3181461477565730>

E-mail: tamiresafelix@gmail.com



Área Profissional da Saúde, sendo mais tarde instituída a portaria interministerial nº 2.117Nº 2.117 de 3 de novembro de 2005, que instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a qual se constitui como especialização caracterizada por ensino em serviço (MONTEIRO *et al.*, 2019).

A Residência Multiprofissional em Saúde tem como objetivo formar profissionais de saúde, por meio da educação em serviço, sendo um espaço para o crescimento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). Para o Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007) a EPS “se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”.

A proposta metodológica deste programa de residência é distribuída em diferentes formas de vivência, que se dividem em: teórico-conceituais, vivências nos territórios, vivências de produção científica e vivências de extensão (BEZERRA *et al.*, 2018). As vivências de extensão representam uma importante ferramenta para aprimorar o desenvolvimento técnico e as habilidades profissionais dos residentes inseridos no programa, visto que possibilitam uma imersão de conhecimento e troca de saberes em serviços dispostos nas diferentes redes de atenção do município.

Tal modelo de vivência caracteriza-se como um momento de intenso aprendizado e de grande enriquecimento do fazer profissional pertinente a cada categoria. Essa experiência de caráter obrigatório, permite aos residentes a oportunidade de conhecer setores específicos dentro da rede municipal, que possam contribuir para sua formação e despertar nestes a busca por novos laços de saberes a partir dos serviços contemplados durante o período de vivência.

Dessa forma, tal experiência justifica-se pelo fato de que a vivência de extensão possibilita aos residentes uma ressignificação de suas capacidades técnicas e expertises, assim como, estimula nestes uma reflexão crítica acerca de suas posturas e práticas, motivando-os para uma constante atualização e qualificação de suas habilidades.

Logo, o presente estudo objetiva compartilhar, descrever e discutir as vivências de extensão realizadas pelos nutricionistas da turma XVII inseridos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral- CE no período de agosto a novembro de 2021.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em um relato de experiência com abordagem qualitativa, vivenciado sobre a perspectiva de nutricionistas residentes em Saúde da Família vinculados à Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS) nos setores que apresentavam relação direta ou indireta com o fazer profissional da categoria. Dentre os serviços visitados, destacam-se: Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Vigilância Epidemiológica, Programa Melhor em Casa, Célula da Vigilância Alimentar e Nutricional e Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Econômico.

O município de Sobral localiza-se na Zona Norte do Estado do Ceará, a 240 km de Fortaleza, com aproximadamente 210.711 habitantes de acordo com a estimativa do IBGE em 2020, configurando-



se como o quinto município mais povoado do estado e o segundo maior do interior. Está localizado no sertão, tem clima tropical, quente e seco. É o segundo município do Ceará com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), atrás apenas de Fortaleza, capital do estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Ressalta-se ainda que durante o processo formativo da residência, as vivências de extensão são etapas de grande importância para a construção e desenvolvimento profissional dos atores envolvidos, uma vez que tais serviços potencializam o fazer da categoria e aprimoram as habilidades destes em serviços ofertados nas diferentes Redes de Atenção à Saúde (RAS) do município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência do residente em Saúde da Família deve ser a de compreender, problematizar e estruturar a ESF no seu território de atuação. Não se trata de observar as atividades, o fazer dos profissionais, mas ser sujeito ativo que pensa, reflete, elabora e faz com base na realidade local de forma participativa e orgânica.

No atual desenho teórico-metodológico, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral organiza-se em quatro vivências de aprendizagem sendo elas teórico-conceituais, monográfica, território e extensão, que se referem a um processo que se caracteriza pela sua inteireza onde o EU e o TU, o mundo e eu, mente e corpo, ensinar e aprender não são realidades distintas, mas, ao contrário, fazem parte de uma mesma complexa realidade. Compreende ainda um instante vivido de profunda conexão do SER com uma dada realidade (BUBER, 2001; DILTHEY, 1978), que se interpenetram e se alimentam reciprocamente, como: Vivências de Território, Vivências Teóricas, Vivências de Extensão e Vivência de Produção Científica.

As Vivências de Extensão, de caráter obrigatório, propõem-se a intensificar e aprimorar a práxis profissional conforme sua categoria diante da busca de conhecimentos e experiências relevantes no contexto da Estratégia Saúde da Família, visando ser contributivo para aumentar a efetividade das práticas e saberes. Tem por finalidade proporcionar a troca de conhecimentos e habilidades, o contato com a dinâmica do serviço a nível intersetorial e a lógica de outros serviços de saúde visando o desenvolvimento das competências.

A Vivência de Extensão Obrigatória tem uma carga horária de 80 horas em serviços da rede municipal de Saúde de Sobral, considerados importantes pelo preceptor da categoria para o processo formativo do residente. Estas vivências ocorreram através de intercâmbios institucionais, acompanhadas e avaliadas pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, tendo a possibilidade de ocorrer em qualquer serviço dentro das Redes de Atenção à Saúde.

A Vivência de Extensão tem como prioridade ser realizada no primeiro ano de residência e garantir no mínimo 03 turnos de vivência por serviço pactuado, deve haver registro de frequência, e relatório escrito com todas as atividades realizadas. Sobre o relatório da vivência, este é realizado por



categoria profissional, relacionado a todos os serviços, e explorando o máximo da vivência realizada para fins de produção científica, com a entrega após um mês de realização das vivências.

ESTRATÉGIA TREVO DE QUATRO FOLHAS

A origem da estratégia trevo ocorreu por volta de 1994 juntamente com o Programa saúde da família – PSF. O programa teve sua implantação na cidade de Sobral no ano de 1997, resultando na redução da mortalidade materno-infantil. Visando a continuidade e maior apoio a rede materno-infantil, foi criado em 2001 na cidade de Sobral-CE, a Estratégia Trevo de Quatro Folhas, que tem como objetivo “garantir apoio social às famílias com gestantes, puérperas, e mães de crianças menores de dois anos, em situação de risco clínico e social e reorganizar a atenção materno-infantil no município” (SOUSA *et al.*, 2012).

No ano de 2010 a prefeitura de Sobral aprova a lei de Nº 1.041 de 24 de novembro de 2010, que dispõe sobre a estratégia trevo de quatro folhas, assegurando por lei apoio às gestantes e puérperas, visando melhoria de ações para a redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil (SOBRAL, 2010). A estratégia é dividida em quatro fases do cuidado: pré-natal, cuidado ao parto e ao puerpério, nascimento e o acompanhamento dos dois primeiros anos de vida do bebê (SOUSA *et al.*, 2012).

A equipe que compõe o trevo é formada por um gerente, um operador de banco de dados, três enfermeiros que atendem sede e distritos, quatro enfermeiros que ficam escalados na Santa Casa de Misericórdia de Sobral – SCMS e Hospital Regional Norte- HRN, cinco técnicos de enfermagem escalados entre SCMS, HRN e UNIMED, e dois assistentes sociais que atendem sede e distritos.

A equipe do trevo com o apoio de outras instituições fica responsável pela execução de alguns projetos, dentre eles: flor do mandacaru, projeto coala, projeto de monitoramento da sífilis, comitê de prevenção da mortalidade perinatal e infantil, projeto de acompanhamento de usuárias, projeto de análise da prematuridade e acompanhamento das usuárias em sofrimento mental. Em 2017 por meio da estratégia do trevo surgiram as “mães sociais”, mulheres responsáveis por cuidar de gestantes, puérperas e crianças, em situação de risco clínico e/ou social, nos domicílios e hospitais.

Durante o período de pandemia houve necessidade de algumas mudanças visando o cuidado com o público atendido. Nesse período não houve acompanhamento das “mães sociais”, os números dos atendimentos de pré-natal foram reduzidos e alguns realizados por meio do telemonitoramento (RIBEIRO *et al.*, 2020).

As ações desenvolvidas pela estratégia são de grande importância, visto que o público atendido necessita de apoio clínico e social. É notória a articulação do trevo com os Centros de Saúde da Família- CSF, hospitais e outros setores, proporcionando melhores resultados quanto aos serviços realizados e demandas atendidas. Para Sales (2020) um dos principais fatores que colaboram para a realização das ações do Trevo é o trabalho desenvolvido pelos diversos setores públicos, visando



à redução da taxa de mortalidade materno-infantil. Para o autor, a relação intersetorial é de grande importância, pois permite que diferentes pessoas com diferentes pensamentos, se mobilizem em torno do mesmo objetivo, o apoio à vida.

O acolhimento se torna imprescindível dentro da estratégia, pois é o meio da equipe se relacionar com o público atendido. Apesar do vínculo entre a equipe do trevo e dos CSF, é possível notar a dificuldade na ampliação desses vínculos, em decorrência do transporte, principalmente nos atendimentos e visitas realizados nos distritos, pela alta demanda e número reduzido de profissionais.

Os profissionais de enfermagem e serviço social ficam com cerca de sete a oito territórios para acompanhar, três desses profissionais precisam atender as demandas dos territórios da sede e distritos. Diante disso, faz-se necessário o aumento do número de profissionais, e ao mesmo tempo melhores condições para que todos os profissionais tenham os instrumentos necessários para a realização dos serviços.

O profissional nutricionista não está inserido na equipe do trevo, sendo esse profissional de extrema importância para o público acompanhado pela estratégia. Durante a vivência foram observados alguns casos mais frequentes como anemia gestacional e gestante de baixo peso, além das dúvidas frequentes nas visitas domiciliares em relação à amamentação e alimentação infantil. Para Pinfildi (2016) a atenção nutricional na gestação é essencial, pois problemas como baixo peso ao nascer, hipertensão e diabetes gestacional são fatores de risco para a morbimortalidade materno infantil, é necessário a efetividade das ações de alimentação e nutrição em todas as fases da vida, com atenção especial no pré-natal e puerpério, visando a integralidade do cuidado para a lactante e o lactente.

O período de vivência contribui quanto ao olhar amplo no que diz respeito a comunidade, a equipe multiprofissional e ao fazer do nutricionista. Foi possível observar a importância de exercer um bom acolhimento, a longitudinalidade e integralidade do cuidado. Faz-se necessário a figura do nutricionista na equipe, visando o melhor acompanhamento para o público atendido.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Vigilância Epidemiológica (VE) surgiu no final do século XIX, foi responsável no Brasil pela erradicação da poliomielite, eliminação do sarampo (porém em 2018 apareceram novos casos em Roraima). No SUS a VE contribui com informações pertinentes em boletim epidemiológico para medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de enfermidades, danos ou problemas de saúde, além da proteção, promoção e recuperação da saúde coletiva e individual, produzindo informação e conhecimento para tomada de decisão no planejamento, administração e avaliação de programas, sistemas, ações de saúde e serviços (OLIVEIRA, 2018).

A VE monitora doenças e agravos pertencentes a lista de notificação compulsória, porém devem ter os seguintes critérios para serem incluídos nesta lista, como: magnitude, potencial de



disseminação, transcendência, vulnerabilidade, compromissos internacionais e ocorrência de epidemias, surtos e agravos inusitados à saúde (OLIVEIRA; CHAVES; FERREIRA, 2021).

No município de Sobral, a Vigilância Epidemiológica constitui uma das 7 células da Coordenadoria da Vigilância em Saúde, em que estas setorialmente desenvolvem processos específicos à área de atuação, mas que mantém organicamente articulados e orientados pelo mesmo fim, que é promover a vigilância à saúde de todos os cidadãos adscritos ao seu território de atuação (ESCÓCIO *et al.*, 2021).

Já em relação a vivência neste setor da VE do município de Sobral, permitiu-se conhecer o fluxograma das ações da epidemiologia nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Com relação aos sistemas apresentados na VE, estão: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), e o Sistema de Informação de Doenças e Agravos Notificáveis (SINAN), que acompanha a notificação de patologias como a tuberculose, sífilis congênita e hanseníase, conhecemos também o Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas (SIVEP_DDA), e como estava sendo o monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 do município.

O SIM na análise de indicadores de mortalidade assume um papel fundamental na medida que possui variáveis que permitem, a partir da causa morte atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a gestão em saúde (BOCHNER; FREIRE, 2020). Com relação ao SINASC, foi implantado em 1990 pelo Ministério da Saúde, este sistema tem como base a declaração de nascido vivo (DNV), documento cuja emissão é obrigatória no serviço de saúde onde ocorreu o parto. Diferentemente do sistema de nascimentos do Registro Civil, cujo objetivo principal é a contagem do número de registros de nascimentos, o SINASC tem como propósito caracterizar as condições da gestação, do parto e do nascimento (SZWARCOWALD *et al.*, 2019).

Já o SINAN permite continua consolidação dos dados, avaliação e monitoramento das ações relacionadas ao controle da doença no país, além de apoiar, indiretamente, a aquisição de medicamentos e insumos. Seu objetivo é padronizar a coleta e o processamento de dados sobre doenças e agravos de notificação em todo o território nacional, disponibilizando informações para análise do perfil de morbidade, de forma a contribuir com a tomada de decisão nas esferas municipal, estadual e federal (ROCHA *et al.*, 2020).

Em relação ao acompanhamento dos casos de tuberculoses notificados no município de Sobral-CE, inclui as formas pulmonares, extrapulmonares e associação de forma pulmonar com extrapulmonar, sendo que é considerado caso de tuberculose, todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura, e aquele em que o médico, com base no dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose, sendo o SINAN a principal fonte de dados do sistema de informação epidemiológica da tuberculose



em instância federal, estadual e municipal (FARIAS *et al.*, 2013).

No que tange os casos de Sífilis congênito acompanhados no município de Sobral-CE, como ela se configura como doença de notificação compulsória, suas informações são captadas pelo SINAN. Este acompanhamento deve ser feito pois estima-se que no mundo todo ocorra um milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes, por isso deve ser feito a detecção e o tratamento oportuno destas e de seus parceiros sexuais portadores de sífilis, considerando que esta infecção pode ser transmitida com graves implicações (RODRIGUES *et al.*, 2018).

A respeito do monitoramento dos casos de hanseníase, são disponibilizados também a partir do SINAN, armazenados em bancos de dados, e por meio da Vigilância Epidemiológica de Sobral. Com a publicação da Portaria nº 149 de 2016, aprovou a vigilância, atenção, e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, devido a isto torna-se importante o acompanhamento desses casos em sistema informatizado, além da hanseníase ser uma doença que pode ter várias consequências neurológicas (BRAGA *et al.*, 2020).

Sobre o SIVEP_DDA, surgiu após a sétima pandemia de cólera no Brasil, ocorrida na década de 1990, quando o Ministério da Saúde identificou a necessidade da monitorização dos caso de doenças diarreicas agudas, utilizando este Sistema de Informação criado como instrumento indicativo de alteração dos padrões de comportamento das diarreias, para que seja sinalizado um possível surto de cólera ou de outras doenças de veiculação hídrica (PACHÁ, 2018).

Em relação ao Contexto atual da pandemia da Covid-19, a Vigilância epidemiológica de infecção pelo SARS-COV-2 foi delineada à medida que a Organização Mundial da Saúde (OMS) consolidava informações e novas evidências científicas eram publicadas. Sendo que a primeira intervenção foi a apresentação dos instrumentos de notificação definindo o que seria um caso suspeito, além de fluxograma para atendimento e manejo dos casos e as medidas preventivas. Nos hospitais teve a implantação de fichas de notificação para registro no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-GRIPE). A VE também monitorou e avaliou todas as declarações de óbito que mencionavam Covid-19 (ESCÓCIO *et al.*, 2021).

Outra importante ação foi a implementação da ficha de notificação para casos de adoecimentos de profissionais da saúde, por Covid-19. Também ocorreu capacitação de enfermeiros e dentistas com o intuito de rastrear e monitorar os contatos, de preferência nas primeiras 48 horas após a notificação do caso, para interromper as cadeias de transmissão e, promover a diminuição de novos casos (ESCÓCIO *et al.*, 2021). Vale salientar que também ocorre o monitoramento por outros profissionais na célula da VE.

Os Centros de Saúde da Família (CSF) na Atenção Primária à Saúde (APS), provem os dados que alimentam os Sistemas de Informações, além de alguns dados também serem gerados pelos hospitais, e através dos relatórios gerados conhece-se a situação de saúde e doença da população. Sendo assim é essencial o funcionamento da VE no município de atuação, para que os dados coletados



sejam transformados em ações e serviços de saúde que atuem para a recuperação e prevenção das doenças em questão, além da promoção da saúde através de educação popular e/ou permanente em saúde.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), é uma política pública brasileira, que visa à melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população. Uma das diretrizes da PNAN, é a vigilância alimentar e nutricional (VAN) que faz parte das ações de vigilância em saúde, garantida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº 8080, em seu artigo sexto. A avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população é constituída pela VAN, sendo diretriz fundamental para atenção nutricional no SUS, com finalidade de descrever o estado nutricional (EN) e o consumo alimentar da população, para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (LIMA; SCHMIDT, 2018; CAMPOS; FONSECA, 2021; SANTOS *et al.*, 2021).

O reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população ligada aos serviços e às equipes de atenção primária à saúde (APS) é coletado através de pesquisas, inquéritos populacionais e outros Sistemas de Informações em Saúde (SIS), onde fomenta o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para o registro e a disseminação de informações acerca da avaliação antropométrica e de consumo alimentar da população, em qualquer fase do ciclo da vida, independente da raça/cor, sexo, escolaridade ou pertencente a algum povo ou comunidade tradicional de todas as regiões do País. Estes resultados servem como subsídio para elaboração e avaliação de políticas públicas coerentes com as necessidades locais (CAMPOS; FONSECA, 2021; PORTO *et al.*, 2021).

Sendo assim, na Secretária de Saúde do Município de Sobral, em sua coordenadoria de vigilância em saúde existe a célula de Vigilância Alimentar e Nutricional, onde foi possível conhecer fluxogramas e organização da célula, além de discutir sobre os protocolos de cadastramento de usuários via SISVAN WEB, que é um sistema informatizado com o objetivo de registrar os dados da VAN, sendo o estado nutricional e consumo alimentar de todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a finalidade de superar as dificuldades relacionadas ao SISVAN Módulo Municipal (FERREIRA *et al.*, 2018).

Além disto faz parte da VAN o Programa Bolsa Família (PBF), sendo um dos maiores programas de transferência condicional de renda no mundo, criado em 2003, em que na última década como programa da rede de segurança social e popular atingiu uma alta cobertura, que contribui para a redução da pobreza e da desigualdade de renda, além de um conjunto de fatores relacionados à condição biológica da criança e da mãe, às condições ambientais e às relações sociais que organizam a vida das pessoas. Além de favorecer o aumento do uso de serviços preventivos de saúde e, consequentemente, diminuir os níveis de doença e de morte das crianças (SILVA; PAES, 2019).



Outro programa importante que compõe a VAN é o Nacional de Suplementação de Ferro, que é uma estratégia que compõem a PNAN e tem como objetivo combater a anemia ferropriva no Brasil através da administração profilática de suplementos férricos distribuídos pelo SUS a crianças com idade de 6 a 24 meses, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto ou aborto. Além da distribuição do suplemento, deve haver ações de promoção da alimentação saudável para população do município (MARQUES *et al.*, 2019). Há também o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), com o objetivo de prevenir e controlar a hipovitaminose A, distribuindo em massa megadoses de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade (MIRANDA *et al.*, 2018).

Além disto faz parte da VAN o NutriSUS, sendo um programa nacional que tem por objetivo prevenir e combater os déficits nutricionais por meio da suplementação infantil, entre os 6 e 48 meses de idade, com micronutrientes em pó (SILVA; OLIVEIRA, 2018). Outro ponto que merece atenção nas ações da VAN, é a sua participação na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), lançada pelo Ministério da Saúde em 2012, deriva da integração entre a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável, e tem como objetivo reforçar e incentivar a promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar Saudável para crianças menores de dois anos de idade no âmbito do SUS (BONINI *et al.*, 2021).

Com relação a vivência, o gerente da célula apresentou a planilha do acompanhamento dos pacientes que fazem parte do PANNAE (Programa de Assistência Nutricional para Necessidades Alimentares Especiais), com seus respectivos documentos de solicitação de dietas especiais, onde há uma fila de espera classificada de acordo com o risco nutricional e clínico destes pacientes, visando o princípio da equidade, em que a dispensação breve é priorizada para aqueles que mais necessitam deste benefício. Demonstrou-se também o funcionamento do pregão da licitação das dietas especiais para o PANNAE. Além disto uma responsabilidade atribuída recentemente para célula de VAN é o acompanhamento do recebimento do leite integral para pacientes com Tuberculose e Hanseníase do município.

Desta forma, é de fundamental importância vivenciar como é implementada as ações e serviços da VAN no município de Sobral, principalmente seus fluxos e processos logísticos, para empoderar o conhecimento do residente Nutricionista sobre o funcionamento de políticas públicas relacionadas a alimentação e nutrição para a população adscrita no território de atuação.

SECRETARIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (STDE)

A secretaria do trabalho e desenvolvimento econômico foi um dos setores da rede municipal de Sobral que serviram como campo para a vivência de extensão dos residentes.

Os serviços que são contemplados pela secretaria englobam um conjunto de células que são geridas por um grupo qualificado de profissionais. Dentre estes serviços destacam-se: Gestão Integrada do Trabalho e Qualificação Profissional, Equipamentos e Feiras, Desenvolvimento Agrário,



Sanidade Animal, Jurídico e Administrativo Financeiro Desenvolvimento dos Arranjos Produtivos Locais e Economia Solidária, Produção e Comercialização de alimentos de origem animal, Licitações e Contratos, Serviço de Inspeção Municipal, Convênios e Projetos, Articulação Jurídica, dentre outros.

Quanto aos núcleos que compõe a secretaria, estes são geridos de acordo com o organograma: Manutenção de Equipamentos, Economia Criativa, Projeto e Captação de Recursos, Gestor de Estratégias Agrárias, Qualificação Profissional, Novos Talentos, Apoio ao Artesanato e Economia Solidária, Gestão de Inovação e Tecnologia, Serviços Administrativos, Gerenciamento de Equipamentos, Tecnologias Rurais, Abastecimento e Distribuição de Alimentos da Agricultura Familiar, Convivência com o Semiárido e Políticas Agrárias, Atração de Investimentos e Desenvolvimento Econômico.

Durante o período de vivência, alguns dos setores da secretaria puderam ser acompanhados de forma mais próxima pelos residentes. Dentre os setores, pode-se destacar a coordenadoria de desenvolvimento agrário com a assistência técnica e extensão rural, a partir da visita aos produtores rurais dos distritos do município. Essas visitas foram guiadas por profissionais que compõe a pasta, sendo estes: Técnico Agrícola e Zootecnista.

Na visita aos produtores rurais, foi possível observar a importância da agricultura familiar como fonte exclusiva de renda e sua relevância para o abastecimento e comercialização no qual existe o monitoramento em relação ao uso de agrotóxicos, pois estes alimentos a maioria são destinados para o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Outro serviço que foi contemplado pelos residentes, diz respeito a coordenadoria de sanidade animal, a partir da inspeção municipal e da célula de defesa sanitária. Neste setor, os residentes puderam acompanhar todo o fluxo de inspeção em um abatedouro privado do município. Durante o turno de vivência, os residentes foram acompanhados pelo Gerente de Inspeção Municipal.. Nesse período foi possível observar todas as etapas do abate, desde a recepção dos bovinos, inspeção ante mortem, banho de aspersão, insensibilização, sangria, esfolagem, desarticulação e evisceração, inspeção post-mortem, serragem e refrigeração. Todas as etapas estavam de acordo com o que preconiza a portaria nº 365, de 16 de julho de 2021, e o decreto nº 10.468, de 18 de agosto de 2020 que dispõe sobre o regulamento da inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal (BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária Abastecimento, 2021; BRASIL, 2020).

Outro setor visitado durante a vivência foi o da coordenadoria de equipamentos e feiras a partir da célula de fiscalização e acompanhamento. Neste setor, os residentes visitaram o Mercado Público de Sobral e foram acompanhados pela Tecnóloga de Alimentos, responsável pelo Gerenciamento Estratégico. Durante o turno da vivência, foi possível acompanhar o recebimento das carnes dos abatedouros para os frigoríficos, a fiscalização e o controle desde o recebimento até a comercialização por parte dos permissionários. Os demais setores do Mercado Público também foram apresentados, assim como seus respectivos fluxos de fiscalização e acompanhamento.



PROGRAMA MELHOR EM CASA, SECRETARIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (STDE)

Com o intuito de fornecer acompanhamento hospitalar e demais cuidados clínicos aos pacientes, foi instituído o Programa Melhor em Casa em 2011 e integrado ao Programa SOS Emergências na Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, através da portaria ministerial nº 1.208 de 18 de junho de 2013 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Em consonância com a portaria, a modalidade de atenção domiciliar atua como forma complementar ou substitutiva às práticas já existentes, caracterizada por um conjunto de ações compreendidas entre promoção, prevenção e recuperação à saúde prestadas em domicílio por equipe multiprofissional.

Segundo Aguiar, Souza e Cunha, (2015), o projeto de atenção domiciliar em Sobral funciona de maneira mais restrita desde 2009. Porém, com a aprovação ocorrida em 2013 ocorreu a ampliação de profissionais da equipe para atender uma lacuna existente no processo de alta hospitalar de alguns pacientes, sendo eles: enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudióloga, técnicos em enfermagem, nutricionista, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, médico e pediatra.

Em 2017, foi regulamentada no município de Sobral-CE, a Lei nº 1696 de 06 de dezembro de 2017, que abordou a estruturação do Programa Melhor em Casa em âmbito municipal (SOBRAL, 2017). Considerando as redes de atenção à saúde (RAS), o serviço de atenção domiciliar tem como objetivo reduzir a demanda por atendimento hospitalar, assim como a permanência de usuários internados em ambiente hospitalar, além de fortalecer a ampliação de autonomia dos usuários de forma humanizada e otimizar os recursos financeiros e estruturais da RAS.

Pautado na humanização, os profissionais atuantes do programa zelam com integridade e respeito diante os desafios e limitações encontrados, como a disponibilidade de apenas um transporte de 04 lugares para o deslocamento dos profissionais durante o cronograma de visitas. Outro ponto bem importante vivenciado é referente a receptividade dos cuidadores e familiares à equipe do programa, o qual sempre são respeitados.

Dentre as modalidades de cuidado, são dimensionadas em AD1 onde a atenção básica é incluída atendendo recursos e serviços de menor intensidade que estejam dentro da sua capacidade de atuação e complexidade. A modalidade AD2 se destina aos pacientes que necessitam de maior frequência de cuidado e intensidade que a capacidade compreendida da rede básica. A modalidade AD3 é dimensionada aos mesmos pacientes compreendidos na modalidade AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos, os quais terão maior dificuldade de atingir a alta dos cuidados domiciliares. O paciente pode migrar de modalidade frente a sua evolução clínica, tendo como meta a modalidade AD1, onde se compartilha o cuidado com a equipe de referência do território adscrito (PAIVA *et al.*, 2016).

O processo de inclusão está de acordo com os documentos normativos do Programa Melhor em



Casa, nos quais os critérios e condições de elegibilidade são o conjunto de elementos e informações que permitem avaliar a inclusão do paciente na atenção domiciliar, estes critérios abrangem aspectos clínicos e administrativos, como residir no município e possuir um ambiente domiciliar minimamente adequado e seguro para cuidado do paciente.

Contudo, observou-se durante a vivência a importância deste programa para a população, e que a atuação da equipe multiprofissional neste programa possibilita um acompanhamento qualificado visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e da família. Outro ponto que se destaca é a grande demanda desses cuidados à nível domiciliar, exigindo que os profissionais estejam sempre desempenhando o seu melhor frente ao cuidado, como em situações de perda de peso ou distúrbios digestivos, além do acompanhamento frente aos cuidados de pacientes crônicos, objetivando sempre os melhores parâmetros. Por fim, tal experiência promove ao processo de residência maior conhecimento dos níveis de atenção bem como o serviço em rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciar novas práticas e rotinas de trabalho foi uma experiência enriquecedora e plural, visto que permitiu a ampliação do fazer profissional em áreas até então desconhecidas.

Esse momento contribuiu ainda para despertar uma autorreflexão quanto aos processos de trabalho e a importância de conhecer além do território que estávamos atuando. Além disso, despertou nos residentes uma compreensão mais profunda quanto aos serviços dispostos nas diferentes redes de atenção do município.

O período de vivências foi importante para conhecer as diversas áreas de atuação no Sistema Único de Saúde e que estes diferentes setores mostraram muito além do nosso fazer, no qual podemos compartilhar conhecimentos e dividir saberes com os profissionais de cada área. Essa dimensão de intersetorialidade contribuiu para despertar nestes um olhar ampliado para seus processos de trabalho, com a efetivação da integração de ações, esforços e saberes.

Tal experiência permitiu compreender os principais fluxos, demandas e as necessidades comuns a cada serviço, assim como tornou possível a identificação das vulnerabilidades e riscos, como também dos recursos potenciais que cada setor pode entregar. Cada serviço visitado apresentou sua especificidade mais marcante, o que proporcionou aos residentes uma profunda imersão de conhecimento e descobertas.

Foi possível ampliar o olhar quanto ao fazer do nutricionista, nos diferentes setores. O período de Vivência proporcionou experiências com diversos públicos, sendo possível a troca de saberes. É necessário reconhecer o fazer do outro, observar e entender como podemos facilitar determinados processos. Acredita-se que as experiências vivenciadas nesse período tenham proporcionado para todos os integrantes deste processo a construção e formação de um novo profissional.



REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. M. S.; SOUZA, F. L.; CUNHA, F. M. A. M. A experiência do fisioterapeuta no programa Melhor em Casa em Sobral, CE. Relato de caso. *Efdesportes: Revista Digital*, Buenos Aires, v. 20, n. 208, p. 1- 6, 2015. Disponível em: <https://www.efdesportes.com/efd208/fisioterapeuta-no-programa-melhor-em-casa.htm>. Acesso em: 10 fev. 2022.
- BEZERRA, A. C. *et al.* Vivências na rede de saúde e psicologia: interações da residência multiprofissional em saúde da família. *SANARE*, Sobral, v.17, n. 01, p.110-118, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1229/0>. Acesso em: 3 fev. 2022.
- BOCHNER, R.; FREIRE, M. M. Análise dos óbitos decorrentes de intoxicação ocorridos no Brasil de 2010 a 2015 com base no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Ciência Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 761-772, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Rd9Rj5YhWFTKckfCxx9nqqk/?lang=pt>. Acesso em: 1 fev. 2022.
- BONINI, T. P. L. *et al.* Implantação e efeitos da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil nas Unidades de Saúde de Piracicaba/SP. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 14, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21528>. Acesso em: 01 fev. 2022.
- BRAGA, J. C. T. *et al.* Distribuição espacial dos casos de hanseníase no município de Sobral, Ceará, de 2010 a 2017. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Bahia, v. 44, n.1, p. 111-125, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1253152>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BRASIL. Decreto nº 10.468, de 18 de agosto de 2020. Dispõe sobre o regulamento da inspeção industrial e sanitária de produtos de origem animal. *Lex: coletânea de Legislação*. Edição Federal. Brasília, DF, Ed. 159. p. 5, 19 ago. 2020.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção1, Brasília, DF, 20 set. 1990A. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmunicipal/docs/l8080.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990B. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Portaria nº 365, de 16 de julho de 2021. Aprova o regulamento técnico de manejo pré-abate e abate humanitário e os métodos de insensibilização autorizados pelo ministério da agricultura, pecuária e abastecimento. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 23 jul. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-365-de-16-de-julho-de-2021-334038845>. Acesso em: 15 fev. 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1208, de 18 de junho de 2013*. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 34-38, 20 ago. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 fev. 2022.

BUBER, M. *Eu e tu*. 8. ed.. São Paulo: Centauro, 2001.

CAMPOS, D. S.; FONSECA, P. C. A vigilância alimentar e nutricional em 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 37, p. 1-4, 2021. Supl. 1. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1548/a-vigilancia-alimentar-e-nutricional-em-20-anos-da-politica-nacional-de-alimentacao-e-nutricao#:~:text=Nesses%2020%20anos%20da%20PNAN,da%20assist%C3%Aancia%20ofertada%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 13 fev. 2022.

DILTHEY, W. Estructuración del mundo histórico por las ciencias del espíritu. In: EL MUNDO histórico. Tradução e prólogo: Eugenio Imaz. México: Fondo de Cultura Económica, 1978.

ERMARTH, E. W. Dilthey. *The critique of historical reason*. Chicago: The University of Chicago Press, 1978.

ESCÓCIO, F. L. M. *et al.* Ações de vigilância em saúde no curso da pandemia de Covid-19, em Sobral-CE. *SANARE*. Sobral, v. 20, p. 47-57, 2021. Supl. 1. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1507>. Acesso em: 5 fev. 2022.

FARIAS, E. J. S. *et al.* Análise epidemiológico dos casos de tuberculose notificados no município de Sobral-CE no período de 2007 a 2011. *SANARE*. Sobral, v. 12, n. 1, p. 33-29, 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/333>. Acesso em: 5 jan. 2022.

FERREIRA, C. S. *et al.* Fatores associados à cobertura do Sisvan Web para crianças menores de 5 anos, nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Minas Gerais, v. 23, n. 9, p. 3031-3040, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8Fz3tgFS7MF75GzNY3VSsWL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2022.

LIMA, J. F.; SCHMIDT, D. B. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: utilização e cobertura na atenção primária. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. Porto



Alegre, v. 12, n.11, p. 315-333, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WgXc386BVDjCSdL5T6BpK8c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

MARQUES, R. M. *et al.* Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 32, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8695>. Acesso em: 23 jan. 2022.

MIRANDA, W. D. *et al.* Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. *Revista Panamericana de Salud Publica*. Belo Horizonte v. 42, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e182/pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

MONTEIRO, M. S. F *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família e suas contribuições para os serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Belém, v. 24, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/519/472>. Acesso em: 18 jan. 2022.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, A. R. D. B. *Conhecimento do enfermeiro sobre a vigilância epidemiológica*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Instituto Vale do Cricaré, Faculdade Vale do Cricaré. São Mateus, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ivc.br/bitstream/handle/123456789/363/TCC%20FINAL%20andreiaa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 4 jan. 2022.

OLIVEIRA, E. E. G.; CHAVES, N. R. B.; FERREIRA, M. C. *Vigilância Epidemiológica*. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Odontologia) – Universidade Ceuma. Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Programa de Pós-Graduação em Odontologia. São Luís, 2021. Disponível em: http://www.ceuma.br/mestradoodontologia/images/Ebooks/E-BOOK_FINAL_Erick_e_Narla_Solicitar_publicacao_no_site_para gerar_URL.pdf. Acesso em: 4 jan. 2022.

PACHÁ, A. S. C. *Qualidade da água para consumo humano na Paraíba: Sistemas de Informações para fins de vigilância e controle das doenças diarreicas agudas*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Programa Regional de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2048. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14496>. Acesso em: 6 jan. 2022.

PAIVA, P. A. *et al.* Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Montes Claros, v. 29, n. 2, p. 245-252, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4651/pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.



- PINFILDI, A. S. C. L. *et al.* Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 29, n. 1, p. 109-123, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/ZBsCsMrBDWMQG5NjHngskXc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jan. 2022.
- PORTO, N. B. *et al.* Panorama da obesidade em crianças brasileiras cadastradas no SISVAN: análise de uma década. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 31, n.1, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8134577>. Acesso em: 9 jan. 2022.
- RIBEIRO, M. A. *et al.* (RE) organização da atenção primária à saúde para o enfrentamento da COVID-19: experiência de Sobral-CE. *APS em Revista*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 177-188, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>. Acesso em: 9 jan. 2022.
- ROCHA, M. S. *et al.* Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN): principais características da notificação e da análise de dados relacionados à tuberculose. *Epidemiologia e Serviços em Saúde*. Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/K8Bh4JKPmdqySDZBj6JBpxn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 jan. 2022.
- RODRIGUES, I. M. *et al.* Perfil e distribuição da sífilis congênita em Sobral-CE no período de 2007 a 2013. *Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 70-76, 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/26316>. Acesso em 28 jan. 2022.
- SALES, T. B. *Flor do Mandacaru e atenção primária à saúde: avaliação da intersectorialidade do pré-natal de adolescentes em Sobral-CE*. 2020. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) – Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/56918> . Acesso em: 18 jan. 2022.
- SANTOS, I. G. S.; BATISTA, N. A.; DEVINCENZI, M. U. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 349-60, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/44bWxqRg9snKDj9DRQg6WCh/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2022.
- SANTOS, R. M. *et al.* Estado nutricional de adultos entre 20 e 59 anos segundo indicadores do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) na atenção básica. *Research, Society and Development*. Itajubá, v. 10, n. 6, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15510>. Acesso em: 8 jan. 2022.
- SILVA, E. S. A.; PAES, N. A. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 623-630, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7DQsCT6mv7rrFhySLCd3cgt/?lang=pt>. Acesso em: 8 jan. 2022.
- SILVA, N. P.; OLIVEIRA, J. M. Análise da Implementação do Programa NutriSUS no Município de Limeira, SP. *Revista dos Trabalhos de Iniciação Científica da UNICAMP*, Campinas, n. 26, 2018. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/eventos/index.php/pibic/article/>



view/1080/1153. Acesso em: 15 jan. 2022.

SOBRAL. Prefeitura Municipal. *Poder Executivo. Lei nº 1041, de 24 de novembro de 2010*. Dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Política Pública de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo à Vida no Município de Sobral/CE, e dá outras providências. Sobral: Impresso Oficial do Município, Ano XIII, nº 290, 30 nov. 2010.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. *Poder Executivo. Lei nº 1696 de 06 de dezembro de 2017*. Estrutura do Programa Melhor em Casa em Âmbito Município De Sobral. Sobral: Prefeitura Municipal, 2017. Disponível em: https://www.camarasobral.ce.gov.br/painel/files/docs/norma_lei/lei_490349d0f3c8e68.pdf. Acesso em: 6 jan. 2022.

SOUSA, F. J. S *et al.* Programa trevo de quatro folhas: uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em Sobral – Ceará. *SANARE*, Sobral, v. 11. n. 1, p. 60-65, 2012. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/268>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SZWARCWALD, C. L. et al. Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. 1-13, 2019. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400005#:~:text=O%20Sinasc%2C%20cuja%20fun%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9,de%20Nascido%20Vivo%20\(DNV\)](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400005#:~:text=O%20Sinasc%2C%20cuja%20fun%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9,de%20Nascido%20Vivo%20(DNV).). Acesso em: 24 jan. 2022.

VEDANA, L. O Programa da Saúde da Família como estratégia de atenção básica primária para o Sistema Único De Saúde. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 5-14. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-da-familia#:~:text=O%20principal%20objetivo%20da%20ESF,de%20maneira%20integral%20e%20cont%C3%ADua>. Acesso em: 31 jan. 2022.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 18 de fevereiro de 2022.

Aceito em 19 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

MENEZES Antônia de M. M. B. de; SANTOS, Jorge Luís R. dos; NETO, Jaime Conrado A.; *et al.*. Vivências de extensão pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família : ampliando horizontes e saberes - um relato de experiência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 208-225, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-16>
<https://revista.ghc.com.br/>

Experiências multiprofissionais: relação entre residência e políticas públicas em saúde dentro de um hospital universitário

Experiencias multiprofesionales: relación entre residencia y políticas públicas en salud dentro de un hospital universitario

Multiprofessional experiences: the relationship between residency and public policies in health within a university hospital

¹Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso pela Universidade Federal de Alagoas.

Contribuição de autoria: introdução, resultados e discussão.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3483-7346>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9001547117811751>

E-mail: claudiaedlainny@gmail.com

²Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso pela Universidade Federal de Alagoas. Contribuição de autoria: resultados e discussão, considerações finais. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7521-966X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9504252683284404>

E-mail: erivandersonsantos@gmail.com

³Residente Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (UFAL); Pós-graduado em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) pela Faculdade FERA (2021). Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL; 2020).

Contribuição de autoria: introdução, resultados e discussão.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3879-2683>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3273601543277536>

E-mail: itlsouzapsi@gmail.com

⁴Mestre em Psicologia (UFAL), especialista em saúde mental (UFRJ) e graduada em psicologia (Faculdade Santo Agostinho). Psicóloga do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.

Contribuição de autoria: Orientação e revisão.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6926-7980>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8589135576802432>

E-mail: psic_vanessaferry@hotmail.com

Claudia Edlaine da Silva ¹

Erivanderson Ferreira Santos Silva ²

Ítalo Souza Ferreira ³

Vanessa Ferry de Oliveira Soares ⁴

RESUMO

A partir da Constituição Federal de 1988 no Brasil, ocorreram mudanças substanciais na forma como a saúde era concebida. O conceito de saúde foi então ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. O objetivo deste trabalho foi relatar as experiências e os atravessamentos da vivência de uma residência multiprofissional em saúde, à partir das contribuições que as políticas públicas têm a oferecer. Trata-se de uma revisão narrativa do tipo relato de experiência. Um estudo de natureza básica, descritivo e de abordagem qualitativa. Destacam-se a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; Política Nacional de Educação Popular em Saúde; Política Nacional de Humanização; e Política Nacional de Atenção Hospitalar. As políticas públicas de saúde, enquanto possibilidades que emergem quando há demandas a serem sanadas, organizadas ou direcionais, são cruciais para a prática profissional no Sistema Único de Saúde, entrelaçando-se ao cotidiano dos residentes multiprofissionais.

Palavras-chave: hospital; política pública; saúde.

RESUMEN

A partir de la Constitución Federal de 1988 en Brasil, ocurrieron cambios substanciales en la forma como la salud era concebida. El concepto de salud fue entonces ampliado y vinculado a las políticas sociales y económicas. El objetivo de este trabajo fue relatar las experiencias y los cruces de la experiencia de una residencia multiprofesional en salud, a partir de las contribuciones que las políticas públicas tienen para ofrecer. Se trata de una revisión narrativa del tipo relato de experiencia. Un estudio de naturaleza básica, descriptivo y de abordaje cualitativo. Se destacan la Política Nacional de Salud de la Persona Adulta mayor; Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra; Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales; Política Nacional de Educación Permanente en Salud; Política Nacional de Educación Popular en Salud; Política Nacional de Humanización; y Política Nacional de Atención Hospitalaria. Las políticas públicas de salud, como posibilidades que emergen cuando hay demandas a ser sanadas, organizadas o dirigidas, son cruciales para la práctica profesional en el Sistema Único de Salud, entrelazándose con el cotidiano de los residentes multiprofesionales.

Palabras clave: hospital; política pública; salud.

ABSTRACT

From the Federal Constitution of 1988 in Brazil, substantial changes occurred to how health was conceived. The concept of health was then expanded and connected to social and economic policies. This paper aims to report experiences and crossings of the experience of a multiprofessional residency in health from the contributions that public policies have to offer. It is a narrative review of the experience report type. A study of basic, descriptive nature



with a qualitative approach. The National Policy for Senior Citizen Health, the National Policy for Integral Health of the Black Population, the National Policy for Integral Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites, and Transexuals, the National Policy for Permanent Education in Health, the National Policy for Popular Education in Health, the National Policy for Humanization, and the National Policy for Hospital Care stand out. As possibilities that emerge when there are demands to be met, public health policies, whether organized or directional, are crucial for the professional practice in the Unified Health System, being intertwined in the everyday lives of multiprofessional residents.

Keywords: hospital; public policy; health.

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988 no Brasil, ocorreram mudanças substanciais na forma como a saúde era concebida, passando então a se tornar um direito universal, logo tornando um dever constitucional de todas as esferas do governo. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência passou então a ser concebida de forma integral (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

As Leis 8.080/90 e a 8.142/90 são consideradas singularmente relevantes para o novo modelo, como uma espécie de estatuto da saúde. Enquanto a Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei 8.142/90 busca tratar do envolvimento da comunidade nas questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo. Com a realização das conferências, que contam com a participação de vários segmentos sociais, são definidas as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nas respectivas esferas de governo (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Segundo Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015) as mudanças das necessidades de saúde e a implementação do SUS no Brasil foram elementos que apontaram para a importância de se discutir e ampliar os debates sobre a atuação dos profissionais de saúde, principalmente no que se refere à interprofissionalidade.

O Ministério da Saúde (MS) vem apoiando Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) desde 2002, contudo, no ano 2003, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Dito isto, houve o estabelecimento de financiamento regular para os Programas de RMS no Brasil, assim como o investimento, tendo por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho do Sistema Único de Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2006).

As Residências em Área Profissional de Saúde, excetuada a Médica, surgem oficialmente para os Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil a partir da publicação da Lei Nº 11.129 de 30 de junho de 2005 e caracterizam-se enquanto uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* voltada para a educação em serviço, de dedicação exclusiva com carga horária semanal de 60h, totalizando 5760h distribuídas ao longo de dois anos em atividades práticas, teórico-práticas e teóricas (BRASIL, 2005).

Segunda a portaria interministerial (MEC/MS) Nº 1.077 de 12 de novembro de 2009, foram dispostas as categorias de abrangência da residência, estando entre elas: enfermagem,



farmácia, nutrição, psicologia e serviço social, profissões participantes do programa de residência multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (RMSAI) da Universidade Federal de Alagoas/Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (UFAL/HUPAA) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

O programa da RMSAI da UFAL/HUPAA ofertou no ano de 2021, vinte vagas, sendo divididas igualmente por categoria profissional. A partir desta divisão são criadas as equipes multiprofissionais, contendo um representante de cada profissão. Logo, cabe ressaltar que:

o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo configurada na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, através de uma articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Sendo esta articulação caracterizada como situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas. (DUARTE; FREIRE; SILVA., 2015, p. 1).

No presente estudo, buscaremos discorrer sobre as experiências e os atravessamentos da vivência de uma residência multiprofissional em saúde, à partir das contribuições que as políticas públicas têm a oferecer. Partimos de referências como a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Educação Permanente em Saúde; Educação Popular em Saúde; Política Nacional de Humanização; e Política Nacional de Atenção Hospitalar, relacionando o que estas têm a oferecer e como elas atravessam as práticas profissionais na residência. Esse grupo de sete políticas foi selecionado por abordarem temáticas amplamente discutidas nos componentes curriculares da residência multiprofissional em questão.

O problema da pesquisa versou quanto ao seguinte questionamento: Como as vivências de uma residência multiprofissional dialogam com o que preconizam as políticas públicas?

METODOLOGIA

A revisão narrativa possibilita “estabelecer relações com produções anteriores, identificando temáticas recorrentes, apontando novas perspectivas, consolidando uma área de conhecimento” (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014, p. 170). Associado à revisão narrativa, foi disposto um relato de experiência. Um estudo de natureza básica, descritivo e de abordagem qualitativa, sobre as percepções voltadas à existência e aplicabilidade de políticas públicas em saúde nos cenários de prática de um hospital universitário de Maceió - AL, por residentes de psicologia, durante o primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso.

Foram utilizados, para a elaboração desse trabalho, a coleta de dados de referenciais teóricos e científicos de autores que abordassem a temática para substanciar o relato apresentado sobre a interlocução entre as políticas e a prática, bem como diários de campo que foram redigidos pelos autores abordando suas inquietações e as experiências vivenciadas no decorrer ano de 2021.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa

Esta política, assim como as demais, emerge diante da necessidade de um olhar especial para determinado tema ou população, neste caso, a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa é voltada para todas as cidadãs e cidadãos brasileiras/os com idade igual ou superior a 60 anos. Aprovada através da portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, e tem por finalidade primordial “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 2).

Durante o primeiro ano em vivência da residência multiprofissional em saúde do adulto e do idoso, da Universidade Federal de Alagoas (RMSAI/UFAL), as/os residentes puderam ter contato com a população de pessoas idosas em seus processos de hospitalização, por distintos adoecimentos. Emergindo desse contato dentro de um Hospital Universitário do Sistema Único de Saúde (SUS), a necessidade de conhecimento e aplicação prática desta política pública.

Cabe ressaltar que observamos ser enriquecedor e significativamente positivo pensar na aplicação de políticas públicas de forma coletivas e não isoladas, isto porque uma política pode ser transversal a outra, como no caso da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, pode ser necessário utilizar de políticas como a Educação em Saúde para levar conhecimento dos direitos aos usuários, a Política de Humanização, para pensar no acolhimento e ambiência das pessoas idosas, a Política Nacional de Atenção Hospitalar, para pensar no processo de hospitalização das/dos pacientes idosos internadas/os.

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (LIMA-COSTA; VERAS, 2003 *apud* BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 4).

Ao trabalhar com pessoas idosas é necessário compreender que o processo de envelhecimento, vai se apresentar de forma distinta em cada um, sendo, portanto, necessário observar e pensar nas singularidades existentes. “Algumas inquietações acerca das atuais políticas dirigidas ao idoso nos levam a indagar quais são as reais necessidades dos idosos, que critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente” (MARTINS *et al.*, 2007, p. 373).

A PNSPI propõe pensar nas atividades com as pessoas idosas a partir de uma perspectiva preventiva e com intervenções precoces, sendo preferível às possibilidades curativas. Essas atividades ocorrem na RMSAI/UFAL a partir de ações informativas, de educação em saúde, de diálogos construtivos e promotores de direcionamentos e apresentação dos direitos assistidos para as pessoas idosas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Um ponto relevante e crucial para a aplicação da PNSPI é a aplicabilidade da prática multiprofissional entre as/os profissionais na assistência de pessoas idosas. A política considera que



a assistência dos cuidados às pessoas idosas demanda uma “abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 7).

A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 7).

Na Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Alagoas, as categorias profissionais participantes do programa (Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social), se organizam em equipes multiprofissionais contendo um profissional de cada categoria (além de poder contar com demais profissões não ligadas ao programa, mas existentes na instituição, como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Terapia Ocupacional e outras) atuando de forma uniprofissional e multiprofissional promovendo à assistência a saúde, e desta forma indo de acordo com a proposta da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Podemos compreender que a população idosa requer atendimento e atenção específicos, e a PNSPI é um direcionador crucial para os profissionais de saúde que trabalham com esta população. Ressaltando que:

é necessário que o atendimento da demanda da população idosa se faça sob um novo olhar, baseado na integralidade do cuidado e na integração de ações programáticas com a demanda espontânea, enfatizando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalhando de forma interdisciplinar com a equipe e a gestão do cuidado na rede de serviços (TORRES, 2020, p. 16).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Ao passar dos anos pôde ser visto através de pesquisas, sejam do IBGE ou por produções científicas, que existem particularidades distintas entre as populações negras e brancas, estando à população negra em maior vulnerabilidade e com necessidade de atenção à saúde de forma direcionada. A partir destas e de outras informações, surge a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) instituída pela portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013a).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão e ao Controle Social (2017), aborda que de acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), negras e negros constituem mais da metade da população brasileira (50,7%). Além deste a política aborda outros dados que evidenciam a necessidade de um olhar especial para a saúde integral da população negra, como o acesso aos serviços de saúde, estando os/as negros/as e pardos/as com porcentagem menor que média nacional, ou a porcentagem de mortalidade materna da população negra estando quase o dobro da população branca.



Alguns dados revelam possibilidades de barreiras entre o acesso à saúde a população negra, como é caso da discriminação dos serviços de saúde, onde a PNSIPN relata que:

de acordo com a PNS/2013, em 2013, havia 146,3 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil, e, destas, 10,6% (15,5 milhões) afirmaram que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde. Das pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, destacaram-se: as mulheres (11,6%); as pessoas de cor preta (11,9%) e parda (11,4%), e as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (11,8%). (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão e ao Controle Social, 2017, p. 21).

Considerando estas e outras informações abordadas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra demanda aos profissionais de saúde, entre eles as/os residentes multiprofissionais uma atenção particular e singular as realidades da população, promovendo aproximação das/dos negras/os e pardas/os dos serviços de saúde, e das possibilidades de atenção à sua saúde integral, sendo isto maior que uma demanda, uma responsabilidade com o processo saúde-doença desta população.

Foi visto através de um estudo realizado com a população negra e parda que a maioria não conhecia a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. “Apesar de desconhecem a existência da PNSIPN, quando apresentados os seus objetivos, a maioria dos entrevistados mostrou-se favorável à mesma” (CHEHUEN *et al.*, 2015, p. 1915).

Dentro do Hospital Universitário Alberto Antunes, onde é cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Alagoas, a população negra e parda atendidas estão suscetíveis assim como em outros espaços de serviços de saúde, a distintas situações que podem gerar barreiras para a saúde integral, conforme a PNSIPI aborda.

Portanto, a relação desta política com a Política de Educação Permanente em Saúde é uma possibilidade de ampliação e disseminação dos conhecimentos dela com a equipe de saúde, além de promoção de um olhar atento às situações possíveis de acontecer com a população negra durante seu processo de hospitalização. Assim como a Política de Educação em Saúde, para fortalecer e repassar os direitos assistidos à população negra e parda.

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

O Sistema Único de Saúde (SUS) se construiu tendo como um de seus princípios a universalidade, ou seja, a saúde é um direito de todos, como preconizado pela Constituição Federal de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL. [Constituição (1988)], 2016). De acordo com o exposto acima, entende-se que inclusos e inclusas está toda a população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queen’s, Intersexos, Assexuais e etc.). Compreendendo as particularidades e necessidades de atenção e de se dar visibilidade à saúde desta população, surgiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), ao qual foi instituída a partir da portaria do Ministério da Saúde de Nº 2836 de 1 de



dezembro de 2011 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

A PNSILGBT surge com a proposta eliminar a discriminação e o preconceito existente com a população LGBTQIA+. Organizando objetivos e diretrizes que orientem os profissionais de saúde, bem como, assegurem e preservem os direitos das pessoas assistidas pela política. As perspectivas de inclusão, respeito, implementações de ações, e sobretudo a difusão de informações, são caminhos traçados pela PNSILGBT para assegurar melhor qualidade de atenção à saúde para esta população, respeitando suas distinções com equidade (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013b; SOUSA JÚNIOR; MENDES, 2021).

Um ponto que recebe destaque na política e que aborda um tema de imensa relevância é o respeito ao nome social de todas as identidades de gênero, sejam travestis, transexuais e etc. No Hospital Universitário Professor Alberto Antunes ligado à Universidade Federal de Alagoas, cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (RMSAI/UFAL) pode se observar nos prontuários eletrônicos a sinalização quanto ao nome social das/dos pacientes, indo de acordo com a política e orientando os profissionais quanto ao uso correto. Como forma de respeito e compreendendo a importância do nome social, a PNSILGBT aborda que:

a falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais configura-se como uma violência que acontece diariamente nas suas vidas sociais. Pode ser contabilizada como decorrência desta Política, a inclusão da garantia do uso do nome social para os usuários da saúde, na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013b, p. 15).

Ao longo da residência multiprofissional é possível preservar e assegurar o cumprimento da PNSILGBT, bem como a disseminar de forma instrutiva com as/os demais profissionais, sendo a Política de Educação Permanente em Saúde um caminho para este acesso às informações, qualificando o acesso e a assistência em saúde para a população LGBTQIA+.

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Através da portaria nº 198-GM foi implementada, em 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, enquanto estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. A educação permanente é uma proposta que proporciona um processo de ensino-aprendizagem dentro do cotidiano laboral aos trabalhadores, e defende uma filosofia crítica e reflexiva sobre os processos de trabalho (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Conforme Montanha e Peduzzi (2010), esta Educação Permanente em Saúde destaca-se pela valorização do trabalho como fonte do conhecimento, vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem, orientação das ações educativas para a integração do trabalho de maneira multi e interprofissional. Com isso, a educação deve ser trabalhada de maneira dinâmica e permanente,



objetivando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, pondo o dia a dia do trabalho em avaliação.

Através da discussão sobre o cotidiano de trabalho, a educação permanente em saúde possibilita pactos e acordos coletivos no Sistema Único de Saúde, sendo seu foco os processos de trabalho, seu lócus de produção os coletivos e seu alvo as equipes de saúde. Essa aprendizagem dos profissionais passa a ter sentido quando ela é significativa, ou seja, quando o conteúdo a ser aprendido tem algum sentido para quem aprende (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2009b).

Compreende-se, então, os objetivos da Educação Permanente em Saúde e da Residência Multiprofissional como análogos. Ambas buscam fomentar a formação e atualização profissional por meio da prática de trabalho. Assim, durante o cotidiano, os residentes aprendem junto aos seus pares. A convivência mútua entre diversas profissões possibilita a troca constante de saberes, seja por meio de interconsultas ou outros momentos de partilha. As ações de educação permanente devem ser constantes na residência multiprofissional, contribuindo desta maneira para a formação de profissionais mais qualificados para o exercício de suas funções no SUS.

Política Nacional De Educação Popular Em Saúde

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde é instituída por meio da portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, busca reafirmar o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no Sistema Único de Saúde. Seus princípios teóricos e metodológicos fundamentais são: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do saber, emancipação e compromisso com a construção do Projeto Democrático Popular (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a).

Conforme disposto na política, o diálogo é o encontro de pessoas e seus conhecimentos construídos cultural e historicamente. Ele ocorre quando cada um coloca o que sabe à disposição do outro sujeito para ampliar o conhecimento crítico sobre a realidade que se quer modificar, ampliando a capacidade de potencializar, reconhecer e conviver com as diversidades, tudo isso de forma respeitosa. A amorosidade, por sua vez, reconhece a valorização do afeto como elemento estruturante da busca pela saúde e leva ao vínculo, à solidariedade e à compreensão mútua, reconhecendo a subjetividade e a alteridade construídas nas relações entre as pessoas, reiterando a autonomia e ressignificando o cuidado em saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

No que concerne à construção compartilhada do saber, essa incorpora visões críticas e direciona na produção de propostas de enfrentamento e superação dos obstáculos existentes, de forma a desenvolver novas práticas e métodos. A emancipação propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e análise crítica da realidade, com base na experiência prévia das pessoas, na identificação das situações-limite presentes no seu cotidiano e nas potencialidades para transformá-



las. Já o compromisso com a construção do projeto democrático e popular se orienta pela perspectiva de criação de uma sociedade justa, democrática, solidária e igualitária (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Desta maneira, por meio de seus objetivos e princípios, a Educação Popular em Saúde visa garantir o direito a uma saúde integral, mediante a implantação de políticas públicas que corroborem para a diminuição das desigualdades sociais e a melhoria da qualidade de vida entre a população, alicerçadas na ampliação da democracia participativa no setor da saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a).

Dentro do vasto campo prático-sócio-educacional que são as políticas públicas, pode-se identificar nesta política um caminho coeso para obtenção dos resultados esperados, que são: levar informações visando minimizar os desafios observados na prática da residência multiprofissional, junto à população atendida no hospital universitário.

A Educação em Saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e o fazer cotidiano da sociedade. As práticas de educação em saúde no SUS compreendem relações entre sujeitos sociais que ocupam diferentes espaços e portam diferentes saberes. (VASCONCELOS, 2004; SEABRA *et al.*, 2019)

A Educação Popular, nascida nos movimentos sociais, por vezes é pouco discutida no âmbito hospitalar, pois tem majoritariamente implementações na Atenção Primária. Ela se constituiu, inicialmente, na década de 1950, e tem o referencial político-pedagógico delineado e consolidado a partir da história de luta social, tendo como forte evidência o próprio Movimento Sanitário ocorrido no Brasil (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012). Logo, a existência da residência multiprofissional se configura como um dos dispositivos a ser utilizado como agente promotor da educação em saúde no hospital.

Ao longo da prática de trabalho, os residentes se depararam com demandas que necessitavam de atenção e deveriam ser abordadas junto a pacientes, familiares e acompanhantes. Foram, então, executadas ações educativas em saúde, que buscaram trabalhar temáticas necessárias de forma construtiva.

Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização teve início no ano de 2003, com o objetivo de aplicar os princípios do Sistema Único de Saúde, no dia a dia dos serviços de saúde, principalmente no que se refere à gestão e ao cuidado. Busca estimular uma melhor comunicação entre aqueles que estão gerindo os serviços, os profissionais de saúde que prestam assistência, e os próprios usuários dos serviços, buscando aumentar a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013b; NASCIMENTO *et*



al., 2021).

É preciso entender que a PNH, não se trata de um programa de ação a ser executado e sim uma política pública que é transversal (um dos seus princípios) às diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, outros princípios são a indissociabilidade entre atenção e gestão; e o protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2010b). Durante a residência, era possível visualizar e observar alguns desses princípios na prática profissional, como o incentivo a autonomia dos usuários durante o período de seu internamento, e para além dele, após sua alta hospitalar.

A co-responsabilidade, como um dos princípios visto no dia a dia durante a assistência multiprofissional prestada aos usuários, na busca pelo chamamento de todos os profissionais e dos usuários, na definição de suas metas de cuidado e nos seus objetivos. Entende-se assim que os usuários não serão apenas pacientes, assim como os trabalhadores não irão apenas cumprir ordens, e todos precisarão reconhecer seus papéis para que essa mudança continue ocorrendo (BRASIL Ministério da Saúde, 2013b).

Tendo como diretrizes que auxiliam nas orientações gerais da política: Clínica Ampliada; Co-gestão; Acolhimento; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário; Fomento das grupidades, coletivos e redes; e construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2010a).

É preciso entender que a Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, reconhecendo que, em um dado momento, pode existir uma necessidade de escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, e isso não necessariamente irá significar a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2010b).

A proposta da Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais: Compreensão ampliada do processo saúde-doença; Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; Ampliação do “objeto de trabalho”; A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; Suporte para os profissionais de (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2010b).

Na assistência no hospital universitária, isso pode se traduzir por vezes em como usuário visualiza suas necessidades, e o que a equipe pode e considera importante de se intervir para melhorar o quadro geral do usuário, não raras as vezes, questões sociais e familiares acabavam tomando um destaque maior do que o próprio adoecimento do usuário.

No que se refere a defesa dos direitos dos usuários, precisamos entender que estes possuem direitos garantidos por lei, (**direitos constitucionais**, grifo nosso) e os serviços de saúde têm o dever de buscarem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013b).



Durante o acompanhamento destes usuários no hospital universitário, é frequente observar relatos que demonstram pouca compreensão dos seus direitos. A equipe multiprofissional, por vezes, está sempre buscando orientar e realizar educação em saúde com os usuários e acompanhantes, para conscientizarem sobre os seus direitos, em especial, o de saúde.

Sobre a diretriz que trata da valorização do trabalhador, busca-se incluir a experiência dos trabalhadores para a tomada de decisão, acreditando assim na capacidade destes colaboradores em poder analisar, definir e qualificar os processos de trabalho (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013b). Enquanto residentes de um programa multiprofissional em saúde do adulto e do idoso, percebemos e vivenciamos constantemente a troca de experiências e conhecimento técnico-científicos com outros profissionais, e perceber o quanto a construção histórica do saber de cada um é importante durante a tomada de decisão e principalmente na qualificação do trabalho.

Política Nacional de Atenção Hospitalar

Com a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, foi instituído a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a que fosse realizado a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesta portaria, abrange tantos os hospitais de ordem privada quantos públicos que realizem a prestação de serviços de saúde no SUS. Entendendo-se hospitais aqui como definido na Portaria no Art. 3º:

os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013c).

Dito isto, é um local com demandas diversas, que irão da promoção da saúde até a reabilitação dela, nos usuários que ali forem atendidos. Ainda explorando a definição de hospitais, no Art. 4º, parágrafo 2º, entende-se que estes locais para “além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013c).

Em se tratando do hospital como esse espaço de educação e formação, destacamos os programas de residência como uma destas possibilidades. Durante a formação em serviço dos residentes, de acordo com as informações expostas na PNHOSP, o residente aprende a prestar a assistência necessária ao usuário, se referindo ao ambiente hospitalar; a formação e atuação dentro do SUS.

A PNHOSP, considera algumas questões em sua formulação, como exemplo o acolhimento, acentuando escuta ética e adequada das necessidades do usuário, buscando atender à demanda com resolutividade e responsabilidade. Isso se apresenta durante a prática diária de residente multiprofissional em saúde, pelo cuidado nas informações discutidas e compartilhadas entre



profissionais, principalmente a escolha dos locais para debate destas informações; e nas que são colocadas no prontuário eletrônico do usuário.

Outro ponto importante que PNHOSP aborda, se trata da horizontalização do cuidado, na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que irá atuar diariamente no serviço (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013c). A equipe de profissionais residentes, se transforma nesta equipe de referência, por ter uma carga horária de 60h semanais, os residentes estão diariamente nos seus cenários de práticas, tornando-se assim esses profissionais de referência aos usuários.

Não menos importante, cabe destacar a visita aberta, proposta pela PNHOSP, ao qual garante o acesso dos visitantes às unidades de internação, a partir do comum acordo previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013c). O direito a visita aberta, pode ser observado diariamente, na solicitação de muitos usuários a visita de seus familiares, sendo um dos serviços que a equipe multiprofissional, se responsabiliza por organizar, acompanhar e prestar assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos constatar que as políticas públicas de saúde, enquanto possibilidades que emergem quando há demandas que precisam de um olhar especial para serem sanadas, organizadas ou direcionais, são cruciais para a prática profissional no Sistema Único de Saúde. Estando elas atreladas ao cotidiano dos residentes multiprofissionais. Desta forma, ampliando as perspectivas para a atuação, bem como melhorando a qualidade da assistência em saúde, a partir do reconhecimento dos direitos dos usuários e das aplicações efetivas das políticas.

Observamos que dentro de uma residência multiprofissional distintos são os caminhos para a efetivação das políticas públicas de saúde, sendo necessária a compreensão de cada política, o estudo contínuo, devido as suas atualizações, bem como, a disseminação de suas informações entre as/os demais profissionais da equipe, assegurando o acesso à informação.

Cada política traz consigo um grau de relevância necessário a ser acolhido e posto em prática, diante de particularidades destacadas por cada uma. O movimento de ir ao encontro destas informações é de extrema importância para quaisquer profissionais de saúde, visto que elas dão arcabouço teórico para as mais distintas situações da prática profissional.



REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 11.129, de junho 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude –CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 1 jul. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/pneps-2012.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização PNH: HumanizaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/>



bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº. 1.077 de 2009*. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://www3.sesesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.



CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; RUIZ MORENO, Lúdia. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, Santo André, v. 40, n. 3, out. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.800>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/6045/a5351.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2022.

CHEHUEN, José Antônio et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mNYPvyFtbp3bm3bc8S64b3j/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2022.

DUARTE, Heloísa Alencar; FREIRE, Júlio César Guimarães; SILVA, Luan Medeiros da. A estruturação de uma visita multiprofissional para o acompanhamento integral de idosos: relato da experiência em um hospital universitário. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO. 4, 2015, Campina Grande. *Anais [...]*. Campina Grande: CIEH, 2015. p. 1-6. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/11931>. Acesso em: 21 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Câncer de estômago. In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Tipos de câncer*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-estomago>. Acesso em: 22 mar. 2022.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online], Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/qrvgz98KnnXtN6ypRXJn8bD/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2022.

MONTANHA, Dionize; PEDUZZI, Marina. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/zPGpFhFqcZrCXbLVMNNSkLK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2022

NASCIMENTO, J. A. S. do. et al. Compreendendo a Política Nacional de Humanização em saúde. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, Fortaleza, v. 2, n. 4, p. 102, 2021. DOI: 10.51161/rem/2861. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/2861>. Acesso em: 15 maio 2022.

OLIVEIRA, A. S. et al. A evolução das políticas públicas de saúde no Brasil a partir de 1900 até os tempos atuais. *Brazilian Journal of Development*, São José dos Pinhais, v. 8, n. 1, p. 3073-3089, jan. 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n1-202. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/42605>. Acesso em: 5 maio 2022.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006. Disponível em: <https://www.>



professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf. Acesso em: 14 fev. 2022.

SEABRA, C. A. M. et al. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, n. 4, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/xmDgQQxDN4gPRWgTQHysZXn/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 2 maio 2022.

SOUSA JÚNIOR, C. A. A. D.; MENDES, D. C. Políticas públicas para a população LGBT: uma revisão de estudos sobre o tema. *Cadernos EBAPE*. BR, Rio de Janeiro, v. 19, n. esp., p. 642-655, nov. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/sLppG4k73FFG33g9qJZxWzB>. Acesso em: 1 maio 2022.

TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-22, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2022.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, maio 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zdzwnsyC9nQV8dNgsDqbxLd/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2022.

VOSGERAU, Dilmeire Sant'Anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014. DOI: 10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/dialogoeducacional/article/view/2317/2233>. Acesso em: 21 fev. 2022.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 01 de março de 2022.

Aceito em 23 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SILVA, Claudia Edlaine da; SILVA, Erivanderson Ferreira Santos; FERREIRA, Ítalo Souza; SOARES; Vanessa Ferry de Oliveira. Experiências multiprofissionais: relação entre residência e políticas públicas em saúde dentro de um hospital universitário. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 226-241, 2022.





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-17>
<https://revista.ghc.com.br/>

O papel dos Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência

The role of Community Health Agents in tackling the COVID-19 pandemic: an experience report

Caroline Daniele Silva ¹

Tatiana Teixeira de Miranda ²

¹ Médico Residente em Medicina da Família e Comunidade, na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei / MG. Atuante no Posto de Saúde da Família, Elo Saudável, em Resende Costa / MG. Contribuição de autoria: Planejamento, escrita e edição do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2419-9045>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7249986687117520>

Email: carolinedaniele8@hotmail.com

² Médica de Família e Comunidade. Mestre em Educação em Diabetes. Docente do curso de Medicina na Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ-MG) e no Centro Universitário Presidente Tancredo Neves (UNIPTAN). Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFSJ (NESC). Contribuição de autoria: Planejamento, escrita e revisão do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7890-1664>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5464484868445415>

Email: tatiana.miranda@ufsj.edu.br

RESUMO

Introdução: Em busca do enfrentamento da pandemia da COVID-19, os profissionais atuantes na linha de frente das Estratégias de Saúde da Família (ESF), precisaram se readequar, reorganizando os processos de trabalho, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) que são o principal elo entre os serviços de saúde e a comunidade. **Objetivos:** Observar e descrever as principais vivências dos ACSs nas ESF durante a pandemia da COVID-19, visando auxiliar no processo de enfrentamento, capacitando e valorizando o trabalho dos agentes. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, de cunho qualitativo e de levantamento, com base no modelo epidemiológico descritivo. Os dados da pesquisa foram coletados no período de abril de 2021 a janeiro de 2022 através da técnica de Observação - de reuniões com a equipe da ESF, do serviço de telemonitoramento e do atendimento presencial dos pacientes na unidade – e organizados em um diário de campo pelo observador. As análises foram desenvolvidas gradativamente durante a investigação. **Resultados e Conclusões:** A partir da experiência, pode-se fortalecer o processo de educação permanente com os ACSs e dos ACSs com a população, qualificando a assistência prestada à comunidade e contribuindo para o aprofundamento teórico de um tema tão desafiador e recente.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; agentes comunitários de saúde; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: In search of tackling the COVID-19 pandemic, the professionals who worked on the front lines of Family Health Strategies (FHSs) needed to readjust by reorganizing the work processes, especially Community Health Agents (CHAs), who are the primary link between health services and the community. **Purpose:** To observe and describe the main experiences of CHAs in FHSs during the COVID-19 pandemic, aiming to assist in the tackling process by training and valuing the work of the agents. **Method:** This is an experience report of qualitative and surveying nature based on a descriptive epidemiological model. The research data were collected from April 2021 to January 2022 through the observation technique – observation of meetings with the FHS team, the telemonitoring service, and the in-person patient care at the unit – and organized in a field journal by the observer. The analyses were developed gradually during the investigation. **Results and Conclusions:** From the experience, one may strengthen the process of permanent education with the CHAs and of the CHAs with the population, qualifying the care provided to the community and contributing to the theoretical deepening of such a challenging and recent theme.

Keywords: primary health care; community health agents; COVID-19.



INTRODUÇÃO

Por ser porta de entrada preferencial no Sistema Único de saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) dispõe de ampla cobertura assistencial nos municípios brasileiros (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011; GIOVANELLA *et al.*, 2021). Diante disso, a APS torna-se altamente potencial no desenvolvimento dos serviços de promoção da saúde, de cura, reabilitação de comorbidades e no estabelecimento de atuações preventivas e de educação em saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Em busca do enfrentamento da atual pandemia pelo novo Coronavírus, as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da APS precisaram se readequar, ressignificando as ações e as estratégias nos seus territórios (DUARTE *et al.*, 2020). Os primeiros relatos de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 ocorreram na China, em novembro de 2019 e em fevereiro de 2020, no Brasil. A transmissão da doença se dá por gotículas (saliva e secreção nasal). O vírus é altamente infectante (WANG *et al.*, 2020). Até 22 de junho de 2021, foram relatados 17.966.831 casos confirmados em território brasileiro, sendo que 502.586 evoluíram para óbito. Em fevereiro de 2022, mais de 28 milhões de casos foram confirmados no Brasil, conforme banco de dados extraídos do Ministério da Saúde (2021).

A - tão imprevisível e, portanto, tão desafiadora - pandemia da COVID -19 demandou uma significativa reorganização e reconfiguração dos processos e fluxos de trabalho, especialmente daqueles que atuaram como força motriz na linha de frente, como os ACSs (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020). Portanto, para corresponder eficazmente as novas demandas, necessidades e tarefas impostas pela pandemia, tornou-se fundamental a construção de ações de educação em saúde contínuas e permanentes, visando a capacitação dos ACSs e o desenvolvimento de reflexões não só sobre o trabalho, mas, também, sobre a criação de diálogos horizontais norteados por compartilhamento de saberes colaborativos e significativos, fortalecendo as relações entre serviço e comunidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018).

A Educação Permanente (EP) prevê não só as propostas citadas anteriormente, bem como o uso de metodologias ativas em prol de transformações nos processos de trabalho. O termo foi cunhado na década de 1950 e difundido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), vigente atualmente através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014). Desta forma, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tornou-se uma importante estratégia de construção de soluções criativas, novas práticas de assistência e cuidado à saúde, na qual os atores sociais, como os ACSs, tem a possibilidade não só de aprender como de promover a saúde através da mobilização de competências relacionais, intelectuais, comunicativas e emocionais com base no dia-a-dia do trabalho, rompendo com o antigo e tradicional modelo de ensino (JACOBOVSKI; FERRO, 2021).



Por ser o principal elo entre a população e a equipe de saúde, o papel dos ACSs tem recebido destaque no contexto da atual pandemia, tanto no processo de EPS (através de orientações sobre imunização e sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI - e sua importância na prevenção contra a COVID-19) como na busca ativa de casos suspeitos, cuidado e monitoramento dos sintomáticos respiratórios. Para isso, torna-se crucial que os ACSs estejam capacitados para exercer as atividades conforme preconização do Ministério da Saúde (MAROSINI; FONSECA, 2018).

O objetivo principal deste relato de experiência é descrever e avaliar o conhecimento dos ACSs sobre a COVID-19, identificando a relevância dos processos de trabalho desenvolvidos por eles durante a pandemia no acompanhamento de pacientes sintomáticos suspeitos e confirmados com coronavírus. Com isso, pretende-se contribuir para um aprofundamento teórico do tema e, capacitação adequada dos profissionais, auxiliando no processo de educação em saúde, qualificando a assistência prestada à população e, ainda, fortalecendo o autocuidado dos ACSs.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência, de cunho qualitativo e de levantamento, com base no modelo epidemiológico descritivo (MINAYO, 2014). Busca descrever e avaliar as vivências dos ACSs em um PSF durante a pandemia da COVID-19.

Aspectos éticos

Por ser uma pesquisa de cunho reflexivo que objetiva o aprofundamento teórico relacionado às situações presenciadas durante a prática profissional e respeita os princípios do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e garante o anonimato das informações e das pessoas, não necessita de submissão no Sistema CEP/CONEP, conforme Resolução CNS/CONEP nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

Cenário de estudo

Buscando a análise das vivências dos ACSs de uma ESF durante a pandemia da COVID-19, o estudo propôs a ampliação deste cenário para auxiliar na capacitação e valorização dos profissionais.

A ESF está localizada em uma cidade no interior de Minas Gerais. Assiste a cerca de 4.000 pessoas, adscritas em 7 bairros. A equipe conta, em 2022, com 01 recepcionista, 01 auxiliar de limpeza, 01 médico, 02 técnicos de enfermagem, 01 enfermeiro, 08 Agentes Comunitários de Saúde, 01 dentista e 01 auxiliar de dentista (COSTA, 2020).

Coleta e Análise de dados

Os dados da pesquisa foram coletados através da técnica de Observação (MINAYO, 2014). Analisou-se os processos de trabalho dos ACSs no PSF (no período de abril de 2021 a janeiro de 2022) durante as reuniões com toda a equipe, o serviço de telemonitoramento e o atendimento presencial dos pacientes na unidade.

Os dados coletados foram anotados em um diário de campo pelo observador e as análises



foram organizadas e sistematizadas gradativamente durante a investigação. Os documentos e as fotos importantes para a discussão foram registrados e arquivados para estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: RELATO DA EXPERIÊNCIA

Educação em Saúde: Orientar para prevenir e para promover

Desde os primeiros casos de Coronavírus no município em estudo, observou-se a importância de realizar periodicamente reuniões com a equipe, com objetivo não só de aprofundar os conhecimentos sobre a COVID-19 – ainda que com poucos e incertos conteúdos no princípio adquiridos a partir de capacitações *online* - de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020) – como de fortalecer a relação entre os profissionais da linha de frente da atenção à pandemia.

Desta forma, puderam ser ofertadas informações seguras sobre a prevenção da doença e promoção da saúde aos ACSs através de materiais didáticos (vídeos, fotos e fluxogramas, por exemplo), capacitando-os e instigando o desenvolvimento de ações educativas coletivas e reflexivas pautadas na EPS (JACOBOSKI; FERRO, 2021) em busca, principalmente, de qualificar a assistência prestada aos usuários do PSF, evitando a propagação de orientações e notícias falsas.

Com o tempo e com o avanço do número de casos e de óbitos por coronavírus, conforme as imagens 1 e 2, a equipe do PSF precisou se readequar, ressignificando as ações e as estratégias nos seus territórios. Dentre elas, as visitas de rotina dos ACSs precisaram ser reorganizadas, priorizando o acompanhamento domiciliar apenas para pacientes portadores de comorbidades crônicas e direcionando o acompanhamento dos pacientes notificados como Síndrome Gripal através do telemonitoramento (BRASIL. Secretarias Estaduais de Saúde, 2020).

Imagem 1 – Número de casos e de óbitos por Coronavírus na cidade em estudo.



Fonte: Brasil. Secretarias Estaduais de Saúde, 2020.



Imagem 2 – Número de casos e de óbitos por Coronavírus na cidade em estudo.



Fonte: Brasil. Secretarias Estaduais de Saúde, 2020.

As doenças infectocontagiosas carregam consigo um certo estigma imediato de medo e morte, fortalecendo o processo de segregação socioespacial dos doentes, ideal vindo desde o Movimento Higienista, em meados do século XIX, conforme SÁ (2009). Desta forma, como principais mediadores entre comunidade e equipe, os ACSs precisavam não só aprender e colocar em prática como ensinar medidas de proteção individual, como o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), dentre eles a máscara que passou a ser obrigatória para uso em vias públicas e dentro de estabelecimentos no município, de acordo com decreto embasado no Minas Consciente – um Programa cria do pelo governo de Minas Gerais em prol do acompanhamento e monitoramento constante da situação pandêmica da COVID-19 para estabelecimento de protocolos seguros à população, segundo Minas Gerais (2020).

O processo de educação em saúde, no início da pandemia, pôde ser realizado pelos ACSs diretamente nos domicílios, em visitas de pacientes portadores de comorbidades crônicas, e na própria Unidade de Saúde, enquanto pacientes suspeitos de COVID-19 aguardavam para serem avaliados pela equipe. Além das orientações sobre o autocuidado, o ACS ficou responsável pela entrega aos moradores de kits com: 01 bolsa organizadora da cor azul ou branca, 02 máscaras de TNT branco dupla camada com elástico, 03 sachês com álcool em gel 70% - 5ml em cada e 03 sachês de 10 ml com sabonete líquido antibacteriano (Fotos 1 e 2).



Fotos 3 e 4: Kits distribuídos à população durante a pandemia: “A Prevenção é a melhor ação! Juntos podemos vencer a COVID-19”.



Fonte: Acervo da autora, 2021.

Coordenação do cuidado: o poder da escuta e da fala

No Brasil, a operacionalização da APS está embasada no Modelo de Starfield (SORANZ; PINTO; CAMACHO, 2017), que classifica os atributos essenciais da APS em: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; além de três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Por sua atuação no âmbito das comunidades, o ACS tornou-se um potencial ator na luta contra a COVID-19. Este profissional, durante a pandemia, tem sido visto ainda mais como um facilitador na coordenação do cuidado, tanto no processo de acesso aos serviços do PSF como no de acompanhamento de pacientes suspeitos / confirmados de COVID-19. Isso se deu, principalmente, pelo vínculo estabelecido e fortalecido diariamente com a população, desde antes da pandemia,



através de ferramentas como a escuta (PINTO *et al.*, 2017).

Com o aumento expressivo do número de casos principalmente de abril a maio de 2021, conforme visto no gráfico 01, a equipe médica e de enfermagem apresentaram limitações em prestar a assistência qualificada, integral e longitudinal aos pacientes em isolamento de Síndrome Gripal – incluindo suspeitos e confirmados (por exame laboratorial) de COVID-19.

Diante da realidade desafiadora que estava à frente da equipe e com base nas recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde para adequação das ações dos ACSs frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19 (2021), os ACS começaram a trabalhar no telemonitoramento por 14 dias (desde o primeiro dia de sintoma) de casos notificados.

Os pacientes suspeitos eram avaliados pelos ACSs através de contato remoto (por telefone – ligação ou mensagem via Whatsapp) a cada 24 horas se pertencente ao grupo de risco ou classificação moderada/grave/monitorização rigorosa ou a cada 48 horas se classificação leve. Em caso de queixas persistentes ou início de sinais / sintomas graves, os ACSs discutiam os casos com a equipe de enfermagem / médica, agendando uma avaliação presencial. Lembrando que classificação de gravidade dos pacientes com suspeita ou com COVID-19 confirmados eram estabelecidas com base no primeiro atendimento com a médica que prestou a assistência e embasados nos Protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020).

Assim, tendo o ACS como um mediador no processo de transferência de informações (DUARTE *et al.*, 2020), tornou-se extremamente importante que compreendesse as características mais fundamentais acerca da COVID-19 como a investigação dos sintomáticos respiratórios, a avaliação de pacientes graves através de sinais e sintomas de alarme (descritos na tabela de monitoramento), formas de transmissão da enfermidade e como acompanhar os pacientes suspeitos (aguardando resultado de Teste RT-PCR ou para realizar o Teste Rápido após 14 dias se início dos sintomas) ou confirmados e seus contactantes domiciliares. Nesse sentido, as reuniões quinzenais com a equipe foram de grande importância na discussão acerca da realidade do problema, criando um importante espaço não só para escuta de novas atualizações como para a fala dos ACSs, fortalecendo a metodologia ativa de educação em saúde (JACOBOVSKI; FERRO, 2021).

No telemonitoramento, os ACSs foram os responsáveis pelo registro dos acompanhamentos em tabela sistematizada (Imagem 5), produzida no *Word* pela equipe, com base na Aula Pública sobre Manejo da COVID-19 na APS, realizada *online* pelo Canal Teórico para Residência MFC: conceitos e práticas (SBMFCensina), em 15 de abril de 2021, coordenado por Médicos de Família e Comunidade em associação com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (MANEJO, 2021).

Cada ACS trabalhou no período observado, de abril de 2021 a janeiro de 2022, na continuidade do cuidado dos usuários específicos de cada território, para facilitar ainda mais o estabelecimento de vínculo, em um momento de medo e de fragilidade tanto física quanto mental (SÁ, 2009). Neste sentido, o objetivo da ferramenta de trabalho foi dar voz tanto ao paciente quanto ao ACS, facilitando



a linha de acesso aos serviços do PSF. Os ACSs entravam em contato imediatamente com médica ou enfermeira em caso de pacientes com queixas de sinais de alarme ou sintomas persistentes, sendo reavaliados dentro de sua singularidade.

Imagem 5: Ficha de Telemonitoramento de COVID-19.

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE: _____
 ACS RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO: _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:
 Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Telefones: _____-_____/_____-_____

2- QUEIXAS DURANTE O ACOMPANHAMENTO: Preencher com um (X) quando houver sintoma abaixo.

Febre aferida (temp. termômetro >37,7°C)																				
Febre referida (sensação de temperatura aumentada)																				
Tosse: com catarro																				
sem catarro																				
Falta de Ar																				
Náusea/Vômito																				
Diarreia																				
Outra queixa:																				
SINAIS VITAIS:																				
Temperatura (°C)																				
Frequência Cardíaca (Bpm)																				
Frequência Respiratória (lpm)																				
Saturação (%)																				
Pressão Arterial (mmHg)																				
CONDUTA/OBSERVAÇÃO																				
(1) Continuar acompanhamento;																				
(2) Encaminhado para avaliação com Enfermagem/Médico;																				
(3) Não atendeu telefone/não respondeu a mensagem.																				

Recomendações: Contato remoto (por telefone): a cada 24 horas se for grupo de risco ou classificação: moderada/grave e, se necessário, avaliação presencial por médico/enfermeiro: D2, D5, D7, D10 e D11; A cada 48 horas se for não for grupo de risco ou classificação: leve;

() CASO CONCLUÍDO;

Fonte: Produção da autora, 2021.

Com base nos últimos casos acompanhados em equipe, tem-se destacado o importante papel do ACS de potencializar o controle epidemiológico dos agravos da COVID-19. Para isso, é imprescindível que tais atores saibam reconhecer não só o valor de sua ação como saber caracterizá-las para conseguir, eficientemente, realizá-las (ABRAHÃO-CURVO *et al.*, 2021).

Resolutividade

O fortalecimento da APS como porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS) requer o empenho não só dos gestores como também dos profissionais coordenadores e ordenadores de serviços na Atenção – dentre eles, destaca-se a própria equipe do PSF (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011). Isso inclui, por exemplo, o cumprimento de atributos fundamentais,



como a acessibilidade à unidade, a qualidade no atendimento e a continuidade na atenção (SORANZ; PINTO; CAMACHO, 2017).

Com o aumento do número de casos suspeitos de COVID-19 na cidade (Imagem 01), o serviço de telemonitoramento de pacientes (acompanhamento dos sintomáticos via ligação ou mensagens de *WhatsApp* através do acesso à plataforma de dados de domínio público do Ministério da Saúde), tornou-se uma estratégia de enfrentamento à pandemia, aumentando a resolutividade dos casos (REZENDE, 2010). Além de facilitar o acesso da população ao serviço de saúde, favoreceu o acompanhamento integral do indivíduo, fortalecendo a relação entre paciente e unidade e melhorando a própria satisfação dos usuários, conforme relatos apresentados pelos ACSs.

Além disso, a facilidade no estabelecimento de comunicação com a equipe também auxiliou para melhor propagação de orientações sobre a importância da imunização e a própria organização de fluxo para vacinação contra a COVID-19, quando os pacientes, de acordo grupos prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações, 2021), deveriam ir ao local determinado previamente para vacinação.

Além disso, o serviço de telessaúde utilizado para acompanhamento de pacientes – com suspeita ou COVID-19 confirmado – ajudou na diminuição da circulação da população na cidade, quando muitos, no momento de isolamento domiciliar, saíam, com dúvida e medo, em busca de atendimentos na urgência hospitalar, PSFs e clínicas particulares de saúde, na cidade ou na região. Ou seja, o telemonitoramento impulsionou a manutenção do isolamento social no período de grande transmissibilidade viral. Isso é extremamente importante devido às características do vírus SARS-CoV-2 que o faz ser mais transmissível em ambientes fechados, dando destaque aos serviços de saúde onde a procura de atendimento por pacientes contaminados é elevada, consequentemente aumentando o risco de contágio (SHAHID *et al.*, 2020).

Como na atual pandemia a maioria dos casos se desenvolve de forma leve, espera-se que o paciente apresente uma evolução favorável, ou seja, sem complicações sistêmicas e, portanto, pode ter seguimento apenas na APS, reduzindo ainda a sobrecarga de serviço na Atenção Secundária (WANG *et al.*, 2020).

Em suma, as medidas adotadas, conforme citadas anteriormente, foram de grande resolutividade no acompanhamento dos pacientes e, por fortalecer as medidas de isolamento e a importância da vacinação, estão cooperando na redução do número de casos na cidade, conforme dados estudados até Agosto de 2021, durante o desenvolvimento do relato (BRASIL. Secretarias Estaduais de Saúde, 2020).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência relatada, pode-se observar e avaliar as vivências dos ACSs no PSF durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19, identificando os processos de trabalho e os desafios no acompanhamento de pacientes sintomáticos suspeitos e confirmados com a COVID-19, contribuindo para ações em educação permanente em saúde com os próprios ACSs e dos ACSs para com a própria população. Com isso, pretende-se realizar um aprofundamento teórico do tema e realizar a capacitação adequada dos profissionais, auxiliando no processo de educação em saúde e qualificando a assistência prestada à população.

Ainda, pode-se destacar como estes profissionais foram importantes protagonistas em saúde, auxiliando no enfrentamento à pandemia na cidade através do serviço de telemonitoramento: por atuar no controle de disseminação de casos, fortalecendo ações de isolamento/distanciamento social, no monitoramento de casos leves e alerta de casos em evolução para gravidade, nas orientações sobre campanha de imunização e no fortalecimento e organização de fluxo para vacinação contra a COVID-19.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO-CURVO, P. *et al.* Masks for at-risk population: nursing promoting biosafety in pandemic times. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online], Porto Alegre, v. 42, n. espec., p.1-6, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200276>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4WwK5Zr7yDWgprNRmvCMfPr/#>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 44, 24 maio 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS, 2011, v.3). Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu desenvolvimento?* Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2018. Acesso em: 21 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 fev. 2014. Acesso em: 21 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da



Saúde, 2020. v. 9. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, n. 7, p. 1-108, 2021. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. *Guia de vigilância epidemiológica do COVID-19*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em <https://COVID.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Secretarias Estaduais de Saúde. *COVID-19 no Brasil – Casos e óbitos*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/COVID-19_html/COVID-19_html.html. Acesso em: 28 jun. 2021.

COSTA, M. V. *Plano de intervenção para diminuição do uso indiscriminado de psicotrópicos junto aos usuários da estratégia de saúde da família “Elo Saudável”, em Resende Costa - Minas Gerais*. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/MARCELO-VINICIO-COSTA.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

DUARTE, R. B. *et al.* Agentes comunitários de saúde frente à COVID-19: vivências junto aos profissionais de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 252-256, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3597/837>. Acesso em: 29 jun. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da estratégia saúde da família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 2543-2556, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/cobertura-da-estrategia-saude-da-familia-no-brasil-o-que-nos-mostram-as-pesquisas-nacionais-de-saude-2013-e-2019/17860?id=17860>. Acesso em: 5 jan. 2022.

JACOBOWSKI, R.; FERRO, L. F. Educação permanente em saúde e metodologias ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. e39910313391-e39910313391, 2021. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13391> Disponível em: [file:///C:/Users/NB02/Downloads/13391-Article-176526-1-10-20210320%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/NB02/Downloads/13391-Article-176526-1-10-20210320%20(1).pdf). Acesso em: 29



jun. 2021.

LEMOS, C. L. S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016 Doi: 10.1590/1413-81232015213.08182015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjKYMRN6cVdt3SrJqrPhwJr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 jan 2022.

MINAS GERAIS. *Deliberação do Comitê Extraordinário nº 39, de 29 de abril de 2020*. Dispõe sobre a retomada das atividades econômicas. Disponível em: http://www.agenciaminas.mg.gov.br/ckeditor_assets/attachments/8960/anexo_ii_-_protocolo.pdf. Acesso em: 8 jun. 2021.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOROSINI M. V.; FONSECA A. F. Os agentes comunitários na atenção primária à saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate [online]*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 261-274, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJJm7MRgkGKjTRnSd9mxG/?lang=pt#>. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>. Acesso: 23 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS BRASIL). *Folha Informativa - COVID 19: doença causada pelo novo coronavírus*. Brasília, DF: OPAS, 2021. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875. Acesso em: 23 jun. 2021.

PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigilância Sanitária em Debate - INCQS-FIOCRUZ*, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020. Doi: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01530>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5705/570567430003/html/#c01>. Acesso em: 5 maio 2022.

PINTO, A. G. A. *et al.* Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde [online]*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 789-802, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00071>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/5RjYgPrMjPmZnhTbBzQGy9p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

REZENDE, V. A. *A resolutividade da atenção básica: uma revisão de literatura*. Universidade Federal de Minas Gerais. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2010, 44f. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/A%20resolutividade%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica:%20uma%20revis%C3%A3o%20de%20literatura/1030>. Acesso: 23 jun. 2021.

SÁ, N. L. A. R. *A cidade no despertar da era higiênica: a cidade da Parahyba e o movimento higienista (1854-1912)*. Dissertação (Mestrado em Geografia) – UFPB, João Pessoa, 2009.



Disponível em: file:///C:/Users/NB02/Downloads/685-1-3646-2-10-20120820.pdf. Acesso: 23 jun. 2021.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>. Acesso: 23 jun. 2021.

MANEJO da COVID-19 na APS. [Produzido por] Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). 15 abr. 2021. 1 vídeo (1h37min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KhP4K47GklA>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SHAHID, Z. *et al.* COVID-19 and older adults: what we know. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 68, p. 926-929, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32255507/>. Acesso em: 8 jun. 2021.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; CAMACHO, L. A. B. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 819-830, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LSLKbSXJqmbBqJzszmr5r4y/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 8 jun. 2021.

WANG C, *et al.* A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, London, v. 395, n. 10223, p. 470-473, 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9). Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930185-9>. Acesso em: 28 jun. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 28 de fevereiro de 2022.

Aceito em 21 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SILVA, Caroline Daniele; MIRANDA, Tatiana Teixeira de. O papel dos Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19: um relato de experiência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 242-254, 2022.





A construção da retaguarda psicossocial em uma unidade básica de saúde do sul do Brasil

The construction of the psychosocial rearguard in a primary health care unit in southern Brazil

Isadora Volpato Konig ¹
Juliana de Lima Muller ²
Ananyr Porto Fajardo ³

RESUMO

Este relato de experiência enfoca o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica e que amplia a capacidade de resolutividade das equipes. As equipes de NASF-AB podem ser consideradas como equipes matriciais que oferecem retaguarda especializada às equipes de referência. O estudo tem como objetivo relatar a construção da retaguarda psicossocial do NASF-AB da Unidade de Saúde Santíssima Trindade, integrante do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre, RS. Essa prática interdisciplinar não é um processo de trabalho instituído em outros locais nem registrado com essa nomenclatura, sendo considerada um desafio. Este trabalho foi elaborado com um viés teórico crítico e é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, caracterizando-se como um relato de experiência, considerando dois anos de residência de uma assistente social (de abril de 2019 a dezembro de 2020). A partir da experiência vivenciada, nos resultados e na discussão foram ilustrados os pontos mais relevantes para a construção da retaguarda psicossocial, sendo eles o início de sua construção na unidade de saúde, a sustentação da retaguarda, a pandemia da COVID-19, e a qualificação da retaguarda. Conclui-se que a retaguarda psicossocial foi um modelo de trabalho que proporcionou aprendizados e melhorias às práticas de profissionais da unidade de saúde e um melhor atendimento aos pacientes. Este modelo poderá servir de base para a criação de novas propostas de retaguarda em unidades de saúde do Brasil e de diferentes contextos, proporcionando um cuidado qualificado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; atenção primária à saúde; saúde mental; retaguarda psicossocial; NASF-AB.

ABSTRACT

This experience report focuses on the Expanded Family Health and Primary Care Center (NASF-AB, from the Portuguese Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), a strategic device for improving the quality of Primary Care and that expands the resoluteness capacity of the teams. NASF-AB teams may be considered matrix teams that offer specialized rearguard to the reference teams. This study aimed to report the construction of the psychosocial rearguard of the NASF-AB of the Santíssima Trindade Health Care Unit, a member of the Community Health Service of the Conceição Hospital Group in Porto Alegre, RS, Brazil. This interdisciplinary practice is not a work process instituted in other places nor registered with this nomenclature, thus being deemed a challenge. This study was elaborated with a critical theoretical bias and is a descriptive study with a qualitative approach, characterized as an experience report, considering two years of residency of a social worker (April 2019 to December 2020). From the experiences had, the most relevant points for constructing the psychosocial rearguard were illustrated in the results and discussion, namely the start of its construction at the health care unit, the sustainment of the rearguard, the COVID-19 pandemic, and the qualification of the rearguard. It is concluded that the psychosocial rearguard was a working model that provided learnings and improvements to the practices of professionals at the health care unit and better service to patients. This model may serve as a basis for creating new rearguard proposals in health care units in Brazil and different contexts, providing qualified care to the users of the Unified Health System.

Keywords: unified health system; primary health care; mental health; psychosocial rearguard; NASF-AB.

¹Assistente Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição
Contribuição de autoria: Autora do trabalho, participou da escrita do artigo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7121-2842>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5437932249217305>
E-mail: ikonigv@gmail.com

²Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Psicoterapia pelo Instituto Fernando Pessoa. Psicóloga do Grupo Hospitalar Conceição.
Contribuição de autoria: Coorientadora do trabalho, participou da escrita do artigo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6322-0738>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9733653208009470>
E-mail: jmuller@ghc.com.br

³Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.
Contribuição de autoria: Orientadora do trabalho, participou da escrita do artigo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5501-3795>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9187146862477787>
E-mail: fananyr@ghc.com.br



INTRODUÇÃO

Este trabalho é um relato de experiência da trajetória da autora assistente social na Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Foi pensado a partir de questionamentos sobre a atribuição do serviço social na Atenção Primária em Saúde (APS) e sua inserção em um serviço de atenção primária singular como a do GHC, que não é vinculado à administração municipal (exceto os agentes comunitários de saúde). Este serviço foi estabelecido em 1983, anteriormente à criação dos modelos atuais de APS, tendo servido de exemplo para o Ministério da Saúde criar os modelos de Estratégias de Saúde da Família (BRASIL. Ministério da Saúde, 2020).

O estudo tem como objetivo relatar a construção da retaguarda psicossocial na Unidade de Saúde Santíssima Trindade, integrante do Serviço de Saúde Comunitária do GHC em Porto Alegre, RS. Entende-se que o relato dessa construção poderá auxiliar outras unidades de saúde a implementarem esse tipo de trabalho. Essa prática interdisciplinar não é um processo de trabalho instituído em outros locais nem registrado com essa nomenclatura, sendo considerada um desafio que solicita maior atenção e estudo. Esta foi a principal motivação deste relato.

Inicialmente, para poder compreender o relato de experiência acerca do atendimento interdisciplinar da psicologia, serviço social, farmácia e nutrição na retaguarda psicossocial, serão abordados os seguintes temas: o Sistema Único de Saúde (SUS), o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o Serviço Social na saúde, a história da unidade de saúde e o funcionamento do acesso ao serviço. Após, serão apresentados à metodologia, os resultados e a discussão, considerando os seguintes tópicos: o início da construção da retaguarda, sua sustentação na unidade de saúde e a pandemia da COVID-19, e a qualificação da retaguarda. A última seção apresenta as considerações finais do relato de experiência.

O Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

De acordo com a lei 8.080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde é “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Para uma concepção ampliada de saúde, devem-se levar em consideração os fatores determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença, discutidos na Oitava Conferência Nacional de Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 1986), como: alimentação para todos; moradia higiênica e digna; educação e informações plenas; qualidade adequada do meio-ambiente; transporte seguro acessível; repouso, lazer e segurança; entre outros. Sendo assim, a saúde é resultante de condições dignas de vida e deve ser garantida como um direito universal pelo Estado.

O SUS está organizado em três níveis de atenção: Atenção Primária, Secundária e Terciária. Este trabalho será focado na atuação de profissionais na Atenção Primária, no Núcleo Ampliado de



Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Segundo o Caderno SUS de A a Z, (...) tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos (...); efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009, p. 43-44).

Sobre o NASF-AB, sua criação ocorreu em 2008 (BRASIL, 2017) e, segundo o Caderno de Atenção Básica do SUS, “constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes” (BRASIL, 2014, p. 11). O NASF-AB deve apoiar as Estratégias de Saúde da Família (ESF), qualificando-as e complementando seu trabalho, ou seja, não é uma porta de entrada para o sistema de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010). Assim, as equipes de NASF-AB podem ser consideradas como equipes matriciais que oferecem retaguarda especializada às equipes de referência.

O modelo de NASF-AB não é acionado por uma equipe dentro de uma instituição, mas sim por uma equipe que vai às unidades de saúde atuar junto aos profissionais por meio de interconsultas, reuniões, educação permanente e discussões de casos, entre outras (MELO; MIRANDA, 2018). Estes autores também informam que a composição do NASF-AB nas unidades de saúde de diferentes cidades não necessariamente é igual, podendo contar com profissionais da psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, especialidades médicas e odontológicas, entre outras, e que a decisão da composição é responsabilidade do gestor municipal, de acordo com as demandas mais relevantes.

Em 2017, foi publicada uma nova portaria sobre a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual trouxe algumas mudanças desfavoráveis para as Equipes de Saúde da Família, principalmente acerca da relativização de prioridades e gastos, levando em consideração novas formas de atenção primária. Outra mudança foi a denominação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família, que passou a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por passar a compor equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e algumas da Atenção Básica (AB) também (BRASIL, 2017).

Além dessas duas mudanças, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também sofreram com a alteração da PNAB, pois passaram a não ser mais considerados essenciais nas novas equipes de AB, além da redefinição do território atendido por eles. O GHC passou a atender este critério com um novo concurso público e a demissão de ACS contratados para diminuir seu número em cada área de vigilância.



Além das portarias da PNAB, a portaria Nº 2.698/2019 suspendeu repasses de verbas para o NASF-AB, já indicando uma sucessão de desmontes na política. Por sua vez, a portaria 2.979/2019 institui o programa Previne Brasil como “novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2019, p. 1). Este programa trouxe uma mudança significativa para o financiamento da atenção primária em saúde, em que o repasse de valor passa a ser calculado “a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores” (MASSUDA, 2020, p. 1). Este autor também considera que, com o Previne Brasil, “a meta do governo federal claramente não é financiar a APS para o total da população brasileira” (p. 5). Ou seja, com as mudanças econômicas e demográficas, muitas pessoas não serão cadastradas e isso vai gerar um acúmulo na atenção primária, levando a uma baixa na qualidade e a um desequilíbrio nos serviços ofertados.

Com o Previne Brasil, foi criado um novo modelo de financiamento, distinguindo as equipes de NASF-AB e tornando-as facultativas:

a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. (BRASIL, 2019, p. 1).

Com o desmonte e a descaracterização do NASF-AB, esse serviço passa a ser facultativo e dependente da verba recebida pelo gestor, além de condições de pagamento por desempenho e cadastro. Acredita-se que muitas cidades poderão sofrer com esse novo modelo, sendo contraditório, então, com um dos princípios do SUS, o da integralidade da atenção.

Devem-se levar em conta, para todas as mudanças atuais, alguns fatores desencadeantes, como a PEC 241 (ou, pela norma gerada, Emenda Constitucional Nº 55) do congelamento de gastos com a saúde e educação por vinte anos.

Segundo Marques (2018, p. 20),

não é por acaso que, ao mesmo tempo em que o congelamento dos gastos públicos está sendo implantado, aprofunda-se a mercantilização da saúde, da educação e são propostas mudanças na previdência que irão ampliar a presença do setor privado nesse campo.

O que se constata é a desvalorização das políticas sociais, que estão sendo responsabilizadas pela crise econômica do país, sendo fragmentadas para fortalecer a visão de estado mínimo e, assim, contribuir para a privatização da saúde.

Serviço Social na Atenção Primária

O Serviço Social tem o propósito de viabilizar e ampliar o acesso da população aos seus direitos, trabalhando na política de saúde com a visão de uma concepção ampliada de saúde, de acordo com a lei 8.080 (BRASIL, 1990). De acordo com os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 46), a profissão deve “buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde”.

O atendimento integral deve ser prestado em todos os níveis da atenção à saúde. De acordo



com Closs (2015, p. 41),

a integralidade implica uma abordagem totalizante das necessidades e da atenção em saúde, o que se desdobra na análise e intervenção sobre: a relação entre demandas, as necessidades de saúde e ofertas de serviços; a (re)organização dos processos de trabalho das equipes, tendo como foco o usuário; o trabalho em equipe e a afirmação da interdisciplinaridade; a relação profissional usuário, tais como escuta, vínculo, acolhimento, tendo em vista a abordagem ampliada do sujeito e das suas necessidades.

Ou seja, o trabalho integral deve promover a articulação entre os diferentes níveis de atenção. Desta forma, também se faz necessário que a integralidade seja ampliada de maneira que as políticas sejam implementadas em ações conjuntas, com a necessidade de um atendimento visando à intersetorialidade.

Conforme Mioto e Nogueira (2006) é necessário refletir sobre o trabalho de assistentes sociais na saúde com base no projeto profissional e nos referenciais críticos, considerando a constituição do SUS:

no cenário em que se encontram as políticas nacionais de saúde, repõem-se e acentuam-se as exigências para o Serviço Social. Retoma-se, aqui, a hipótese de que a ação profissional do assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade, tomando como evidência dessa afirmação as atividades e ações que vem desempenhando no sistema nacional de saúde. (MIOTO; NOGUEIRA. 2006, p. 21).

O serviço social na Atenção Básica, então, faz parte do NASF-AB e, assim, como as demais profissões inseridas,

deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, e deve ser estruturado priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014, p. 8-9).

No Serviço de Saúde Comunitária do GHC, o serviço social faz parte da equipe de apoio multidisciplinar, assim como terapia ocupacional, psicologia, nutrição, farmácia e psiquiatria. Porém, diferentemente das demais profissões (terapia ocupacional, nutrição e farmácia), tanto a psicologia como o serviço social estão inseridos em todas as unidades básicas do serviço. Essas duas profissões têm uma configuração diferenciada nessa instituição, pois sua inserção na AB ocorreu antes da criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

A Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST)

A Unidade de Saúde Santíssima Trindade está localizada no Bairro Rubem Berta, no extremo da Zona Norte de Porto Alegre, RS. A comunidade onde atua, a antiga Vila Dique, foi reassentada para o Bairro Santa Rosa de Lima (Rubem Berta), em Porto Alegre. O número de cadastrados na USST, segundo o Sistema de Informações do GHC, é 4.426 pessoas, correspondente a 1.307 famílias. No território da antiga unidade de saúde ainda permanecem 84 famílias cadastradas, com população total de 271 usuários. Essa população remanescente no antigo território conta com uma rede móvel de saúde que foi implementada em 2018, segundo informações da prefeitura de Porto Alegre.

Segundo Jesus (2014, p. 54),

a Vila Dique “nasceu” em um território da Zona Norte de Porto Alegre, teve o processo de



saída das 55 pessoas de seu território de origem – municípios do interior do Estado do RS e outras comunidades do município de Porto Alegre, que vieram em busca de trabalho e de melhores condições de vida.

A comunidade localizava-se perto do Aeroporto Salgado Filho e, em consequência das obras de sua ampliação, as famílias foram removidas e reassentadas no novo território localizado no Bairro Rubem Berta, marcado por grande vulnerabilidade social, com muitos casos de violação de direitos. O contexto social da população, afetada por todas essas expressões de desigualdade social, gera muito adoecimento, o que resulta em grande demanda de usuários e usuárias por atenção em saúde mental.

A USST conta com duas equipes de referências, divididas entre manhã e tarde, com profissionais de equipe mínima (medicina, enfermagem, técnico de enfermagem, odontologia/técnicos em saúde bucal), equipe de apoio (serviço social, psicologia, psiquiatria, nutrição e farmácia), auxiliar de farmácia, vigilantes e serviços gerais (sendo os dois últimos trabalhadores terceirizados).

Acesso Avançado

O Acesso Avançado foi implementado na USST em janeiro de 2019. É conceituado como uma forma de organizar o processo de trabalho nas equipes de saúde, visando ampliar o acesso (em número e qualidade), onde busca-se ‘atender no mesmo dia/em até 72hs’, independentemente da pessoa apresentar ou não uma condição aguda, e assegurando o vínculo (consultar com seu médico/enfermeiro/dentista) e a integralidade do cuidado. (TAKEDA; PÉRICO, 2018, p. 1).

Segundo as autoras, a proposta do Acesso Avançado tem como característica atender as pessoas no momento em que buscam atendimento, e seguindo os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Não se trata de ‘pronto atendimento’ (baseado na queixa), mas de atender prontamente e com vínculo, com integralidade da atenção e ‘centrado na pessoa’. (TAKEDA; PÉRICO, 2018, p. 2).

O processo de adaptação da equipe e da comunidade foi longo, visto que o modo de acesso anterior estava em vigência há muitos anos. As consultas eram divididas em “consulta dia” (por ordem de chegada e retirada de ficha) e “consulta marcada” pelos profissionais. O acesso avançado preconiza o atendimento em no máximo 72 horas após a solicitação. Porém, na USST, a característica mais marcante é o imediatismo da demanda por consultas, muitas vezes reflexo dos problemas prevalentes, possivelmente por dois aspectos: a oferta disponibilizada pela equipe e a vulnerabilidade da população. A oferta de muitas consultas dia e o foco no atendimento de profissionais médicos e enfermeiras pode ser um reflexo disso. Além da demanda na USST, a falta de acolhimento como ferramenta de trabalho também faz com que os atendimentos não sejam baseados na equidade, uma vez que são feitos mediante uma ficha para consulta e por ordem de chegada, sem a escuta que poderia ser proporcionada, caso houvesse o acolhimento.

Assim, a partir dos temas abordados acima, foi possível uma melhor compreensão de tópicos norteadores do presente trabalho, como o SUS, o NASF-AB, o Serviço Social na saúde, a história da unidade de saúde e o acesso avançado. A seguir, apresentaremos a metodologia do relato de experiência.



METODOLOGIA

Para Lima e Miotto (2007, p. 40), “o conhecimento da realidade não é apenas a simples transposição dessa realidade para o pensamento, pelo contrário, consiste na reflexão crítica que se dá a partir de um conhecimento acumulado e que irá gerar uma síntese, o concreto pensado”. A partir desta concepção, este trabalho foi elaborado com um viés teórico crítico e através de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, a qual, segundo Minayo (2013, p. 2), “faz a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações”, caracterizando-se como um relato de experiência. Com relação aos aspectos éticos do estudo, salienta-se que o mesmo está de acordo com a Resolução CNS/CONEP 510/16 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Primeiramente, foi feita uma reflexão sobre a própria prática da autora deste trabalho e observação das reuniões sobre a retaguarda, os diálogos e as discussões de caso. Todas essas reflexões foram registradas em um diário de campo que, segundo Minayo (2001, p. 63), “é fruto de um momento relacional e prático: as inquietações que nos levam ao desenvolvimento de uma pesquisa nascem no universo do cotidiano”, sendo um importante instrumento de registro sobre observações feitas no cotidiano de trabalho.

A seguir, foi elaborado um relato da criação, execução e avaliação da retaguarda psicossocial, levando em conta os dois anos de residência (de abril de 2019 a dezembro de 2020) e a integração entre prática e teoria. O processo reflexivo foi desenvolvido na USST, onde ocorrem a retaguarda e as reuniões sobre ela. Não se trata de uma transcrição, mas sim uma reflexão acerca do processo como um todo, sem envolver os usuários da unidade de saúde e sim fragmentos do fluxo de trabalho.

A unidade de saúde na qual foi desenvolvido o trabalho faz parte do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Esse serviço conta com doze Unidades de Saúde, as quais prestam atendimento através de equipes multidisciplinares, formadas por médicos de família e comunidade, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de higienização, técnicos de enfermagem, técnicos de higiene bucal e vigilantes. Além disso, há nas unidades o apoio matricial de profissionais da psiquiatria e da terapia ocupacional - esse último núcleo profissional atua somente em algumas unidades (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2020).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O início da construção da retaguarda na Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST)

Em 2019 houve mudança da nova equipe de contratadas(os) dos núcleos de psicologia e serviço social da USST, assim como o ingresso das residentes de primeiro ano e a continuidade daquelas que estavam desde 2018. Concomitantemente, foi iniciado o processo de trabalho na equipe para pensar em novas formas e ferramentas para construir um serviço que oferecesse uma abordagem interdisciplinar e pautada na política de atenção básica, levando em consideração as atribuições das profissões e as demandas emergentes da população que a acessa.

Antes do estabelecimento da retaguarda, o núcleo de psicologia assumia casos de saúde mental com uma agenda aberta e através de grupos, enquanto o serviço social também mantinha somente agenda aberta para demanda espontânea e advinda da equipe. Apesar do fácil acesso, nem todas as pessoas alcançavam o atendimento do serviço social enquanto equipe de apoio, reduzindo muitos horários a uma consulta por vezes burocrática relacionada à passagem de ônibus, confecção de documentos, ranchos doados pela igreja, entre outras necessidades.

Desta forma, almejando a comunicação entre as profissões em busca de integralidade no atendimento, a retaguarda psicossocial foi pensada na USST, caracterizando-se por um atendimento de demandas espontâneas referentes a sofrimento mental. Primeiramente, pensou-se em uma retaguarda relacionada somente à saúde mental; porém, depois de algumas discussões e reflexões, abriu-se a possibilidade de propor uma ação que englobasse outras necessidades mais específicas como forma de primeira escuta. Isso surgiu com a intencionalidade de uma escuta sensível em relação aos usuários da unidade de saúde, objetivando uma acolhida humanizada e menos burocrática em relação às marcações de consulta com esses dois núcleos profissionais, assim como com as demais profissões que precisassem de apoio matricial – “é um arranjo na organização dos serviços que complementam as equipes de referência” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004, p. 11), sendo uma forma de compartilhamento da produção de saúde.

O acolhimento, descrito como “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas (...)” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013, p. 19), não é mais utilizado na USST, pois foi decidido enquanto equipe que seria atendimento por ficha e demanda espontânea, por exemplo, para acessar psicologia o usuário ou a usuária solicitaria este atendimento, o mesmo para o serviço social ou outras profissões. Desta forma, a retaguarda também surge como amenizadora de impactos à falta de uma escuta, no que tange à saúde mental e à atenção pelos núcleos de apoio.

Segundo o Caderno de Atenção Básica (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013, p. 22), as “práticas em saúde mental podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde”. Por isso, a retaguarda também visa que os núcleos



de apoio apontados neste relato trabalhem junto aos núcleos profissionais da equipe mínima, podendo atuar nos atendimentos ou em discussões de casos e trabalhos com a rede.

A equipe de apoio, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014), denominada NASF-AB, tem a atribuição de realizar atendimento individual somente em alguns casos e quando solicitado pelas equipes mínimas, fato que não ocorre em todas as equipes do GHC. Houve a inserção de assistentes sociais e psicólogas(os) nas equipes não só como núcleo de apoio, mas como parte da equipe antes da criação do NASF-AB. Há unidades que apresentam duas equipes de saúde da família, enquanto outras unidades do GHC contam com cinco equipes, o que torna o processo de trabalho desses profissionais bastante diferente. Ou seja, em algumas unidades esses profissionais atuam como equipe de apoio, atendendo somente casos mais graves e quando solicitados pelas equipes mínimas – por exemplo, a USST, que conta com cinco equipes de saúde da família –, mas há unidades com menos equipes e que apresentam processos de trabalho distintos. Essas contradições podem confundir quem se insere como residente, pois muitas vezes vemos que nosso trabalho é singular, se comparado a outras instituições em que o núcleo de apoio atua.

A retaguarda foi introduzida como ferramenta de trabalho em uma reunião de equipe da USST, sendo implementada a partir de abril de 2019. A equipe profissional aprovou a implementação da retaguarda como uma forma de facilitar a comunicação com os núcleos da psicologia e do serviço social e também como forma de compreender os usuários e as usuárias de uma forma mais ampla. Foi organizada com quatro residentes (duas assistentes sociais e duas psicólogas), o psicólogo contratado e a assistente social contratada. Foi apresentada como possibilidade de duas intervenções: junto aos profissionais que demandassem matriciamento da equipe de apoio; e escuta para usuários(as) que chegassem até a unidade.

Desde o seu início, foi realizada de forma individual em todos os turnos e todos os dias da semana. Não havia um instrumento específico elaborado para registro do atendimento, sendo as anotações realizadas da forma como a residente ou a/o contratada/o avaliasse como a mais adequada. A metodologia da retaguarda foi criada em reunião com os dois núcleos e pensada a partir de uma escuta qualificada para encaminhar o acompanhamento. As avaliações da retaguarda não aconteciam como reuniões em que as demandas eram levantadas e discutidas, sendo as avaliações geralmente discutidas diretamente nas reuniões de área das equipes como um todo.

O atendimento à demanda espontânea era feito em alguma sala que estivesse disponível, pois a sala para atendimento psicossocial geralmente estava comprometida com a agenda fixa de algum(a) profissional. Com isso, às vezes os atendimentos ocorriam na sala de espera para escuta da situação da pessoa e para poder encaminhá-la para acompanhamento.

O que foi percebido durante a experiência é que esses atendimentos eram, na maioria das vezes, advindos das escolas Porto Novo e Ildo Menegheti, que concentram a maior parte de alunos



do território, com solicitação de acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes. Essa situação sempre foi muito difícil, visto que a Atenção Básica não oferece um acompanhamento psicoterapêutico para crianças e adolescentes e as equipes de apoio das unidades de saúde não têm essa atribuição e nem recursos humanos para tal. O Caderno de Atenção Básica cita atribuições do NASF-AB na atenção básica como

discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014, p. 20).

Ou seja, a partir dessa referência podemos entender psicólogos e assistentes sociais como protagonistas do apoio às equipes, assim como profissionais que podem fazer atendimentos, mas que esses atendimentos não são somente ambulatoriais. Essas demandas advindas da escola eram acolhidas e levadas a grupos e atividades coletivas, visando a promoção de saúde ofertada pela atenção básica.

Outras demandas que apareciam na retaguarda eram, em sua maioria, oriundas de adultos em situações de fragilidade que buscavam acompanhamento psicológico. Eram acolhidas e encaminhadas para atendimento em interconsulta com serviço social e psicologia, e algumas vezes também eram referidas para outros serviços da unidade. Na USST, a interconsulta era feita, em geral, por uma assistente social e uma psicóloga ou psicólogo, e tornou-se uma ferramenta de trabalho potente com a retaguarda, pois permitia ter um olhar amplo de mais de um núcleo profissional em um atendimento. Segundo Farias e Fajardo (2015, p. 2078), a interconsulta “possibilita uma maior assistência também à equipe de referência, por meio da discussão de caso entre diversos saberes e disciplinas”.

A partir destes atendimentos posteriores, o plano de acompanhamento da pessoa era encaminhado, seja na unidade de saúde e incluindo outros profissionais, ou além do serviço, às vezes dependendo de outros níveis de atenção, como a especializada. Conforme o Caderno de Atenção Básica,

o Nasf pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, buscar corresponsabilização na condução do PTS. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014, p. 23).

De acordo com a retaguarda, além de construir diálogos através das demandas advindas das equipes, a equipe de apoio da psicologia e do serviço social também levava casos para discussão, sendo a porta de entrada para esse acompanhamento na unidade de saúde. Outra atribuição desses dois núcleos profissionais era a participação do matriciamento com as escolas e de reuniões com a rede.

Desde sua implementação, algumas dúvidas ficaram pendentes, sendo uma delas a questão da interdisciplinaridade entre serviço social e psicologia no que diz respeito ao estudo prévio sobre saúde mental antes de iniciar esta prática. O serviço social aderiu à retaguarda por considerar que o acompanhamento em saúde mental não deveria ser exclusividade de profissionais psicólogas(os).



Além disso, muito da demanda espontânea por atendimento psicológico poderia ser atendida de forma interdisciplinar, uma vez que diversas questões de saúde mental do território adscrito à USST envolvem problemas vinculados à negação de direitos sociais.

Porém, havia algumas lacunas no estabelecimento da retaguarda: tanto por ter se tornado uma triagem para marcação de consultas da psicologia, como em termos de aprendizado da prática desta ferramenta e na preparação das residentes, especificamente da assistente social residente, autora deste relato. Nossa abordagem como assistentes sociais é feita a partir da realidade da pessoa e dos direitos que estão sendo violados ou dos quais está sendo privada. Na retaguarda psicossocial, contudo, chegam pessoas com crises de ansiedade, pânico, surtos psicóticos e outras condições que exigem experiência e entendimento de abordagens possíveis, mas que não são ensinadas na graduação. Não temos familiaridade com práticas de intervenção em saúde mental e como agir em determinadas situações. Isto resultou em uma experiência cheia de dúvidas e incertezas sobre o trabalho da assistente social neste contexto.

A escuta e a avaliação em saúde mental era uma dificuldade em algumas situações da retaguarda devido à complexidade de usuários que acessam a unidade e precisam de apoio nesse sentido. Como nem sempre o psicólogo contratado estava presente em função de sua carga horária, algumas situações eram de difícil resolução pelas residentes do serviço social e da psicologia. Essas dificuldades foram levadas às reuniões de equipe de retaguarda e discutidas em supervisão de núcleo como forma de potencializar a experiência profissional na retaguarda, sendo compreendidas como um processo de aprendizado, visto que a escuta em saúde mental é atribuição de todos e todas profissionais da atenção primária.

Diante dessas adversidades trazidas nos espaços de supervisão e reunião, também surgiu a discussão sobre o atendimento da retaguarda ser uma ferramenta para marcação de consulta psicológica, visto que o serviço social tinha uma agenda aberta de marcação de consultas espontâneas (para além da retaguarda) – ou seja, as pessoas acabavam sendo atendidas na retaguarda somente se solicitassem a psicologia. Notou-se um trabalho redobrado do serviço social, principalmente porque a retaguarda se transformou em um espaço de triagem e só era acionada se alguém chegasse à recepção da unidade de saúde buscando atendimento com psicólogo(a). Em outras palavras, a busca era por profissionais da psicologia, mas, por serem profissionais da retaguarda, assistentes sociais atendiam também.

Por meio de reuniões e discussões sobre essas dificuldades, foi decidido que, ao acionar o serviço social, também seria chamada a retaguarda, pois questões tratadas somente com assistente social também poderiam estar vinculadas a questões de saúde mental. Então, a marcação espontânea com o núcleo de serviço social foi fechada, sendo a retaguarda a única porta de entrada para o atendimento buscado pelo usuário ou pela usuária. A retaguarda poderia ser acionada, então, de três formas: a acima citada; pelas reuniões de equipe para discussão de caso, como matriciamento; e



através do(a) profissional que a demandasse em alguma situação de atendimento.

A sustentação da retaguarda psicossocial na Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST)

Com a inclusão dos atendimentos do serviço social como novo formato de retaguarda para atendimentos, a demanda tornou-se mais densa e ativa. Foram constatadas outras adversidades: o tempo de dedicação para retaguarda e os “furos” nas escalas. Como os turnos eram ocupados em sua maioria pelas residentes e a residência é um programa de formação que inclui aulas, palestras, eventos e outros espaços além das atividades de campo, muitas vezes havia colisão de horário no turno de retaguarda com outras atividades didático-pedagógicas. Mesmo solicitando com antecedência, não havia colegas substitutos para estes horários. Este problema foi decisivo para muitas discussões, visto que os núcleos de psicologia e serviço social não conseguiam suprir todos os turnos de atendimento.

Um ponto a ser discutido no âmbito de falha de horários da retaguarda é o engessamento da equipe em relação a novas práticas de trabalho que não envolvessem somente atendimento ambulatorial. Pensávamos, enquanto equipe de apoio do NASF-AB, que nossos atributos iam além do consultório, podendo resolver demandas de forma coletiva, visto que as questões de saúde por determinantes sociais eram comuns às pessoas. Mesmo com toda a singularidade de cada sujeito, as histórias se repetiam nos atendimentos. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 27, “o Nasf desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014, p. 17). Sendo assim, é um trabalho que demanda uma troca de saberes com a equipe e que não pode ser realizado de forma isolada.

Com a retaguarda, as reuniões de equipe para discussão de casos, os atendimentos individuais, os grupos e as demandas dos profissionais únicos acarretavam uma sobrecarga de trabalho muito grande. As residentes, além da retaguarda, também tinham aulas, eventos, grupos e atendimentos individuais. Além de tudo isso, são sujeitos em formação que não deveriam ser os protagonistas desta ferramenta. Diante disso, estava ficando insustentável cumprir a retaguarda todos os dias em todos os turnos, e foi discutido em reunião de equipe de NASF-AB como um assunto a ser debatido para determinar se seria sustentável ou não.

A pandemia da COVID-19 e a qualificação da retaguarda

Devido à pandemia de Covid-19, houve mudanças nos atendimentos dos núcleos de apoio, como cancelamento de agendas e grupos; com isso, a retaguarda se sustentou por ser a única forma de acesso aos núcleos durante esse período. Houve alterações no acesso, como o tipo de demandas que chegariam até as(os) profissionais. Com todos os cuidados para não promover aglomerações e para diminuir a circulação de pessoas na unidade, foi definido que somente as emergências seriam atendidas. Estão incluídas nestes casos violência doméstica, situações de abuso, questões de saúde



mental graves e ideação suicida, entre outras. Quando possível, foi priorizado o atendimento por telefone, WhatsApp e qualquer outra forma à distância.

A retaguarda psicossocial também foi modificada de duas maneiras: houve a inclusão da Nutrição e Farmácia, que também fazem parte da equipe de apoio, passando a ser composta por quatro núcleos; e o acolhimento de retaguarda passou a ser apenas para urgências ou para situações não envolvendo risco, via WhatsApp e telefone.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao mesmo tempo em que a retaguarda serviu como uma forma menos burocratizada de acesso aos cuidados de saúde mental na USST, também resultou em uma contraditória burocracia para o serviço social. Antes a agenda do serviço social era aberta e de livre acesso a quem chegasse e demandasse, mas com a retaguarda passou a ser, algumas vezes, um obstáculo para procura deste núcleo.

Com isso, o acesso ao serviço social pode ser encarado a partir de dois ângulos: o de burocratização por precisar passar por um acolhimento antes da marcação; e o de maior seletividade quanto ao conteúdo do atendimento. Por exemplo, caso alguém queira buscar um rancho da igreja, atribuição que não é do serviço social, saberá pela retaguarda sobre isso e, a partir de então, poderá acessar esse recurso no local apropriado. Alguém que marcaria um horário para fazer uma segunda via de documento, com demanda de relatório para gratuidade não precisará esperar o dia com horário marcado para saber como encaminhar, e a assistente social não vai ocupar um horário de sua agenda para essa orientação. Então, por mais que em algumas ocasiões o acesso ao serviço social tenha sido difícil, o tempo foi bastante otimizado para trabalhar com demandas mais consistentes.

A população passou a ter acolhimento, alguém que parou e ouviu sua demanda e, de alguma forma, por mais que seja para marcar outro horário, pode orientar e ajudar no momento. O engessamento de um atendimento ambulatorial individual vai existir enquanto esse atendimento individualizado continuar a ser feito de uma forma a ultrapassar o necessário, ou seja, priorizar-se apenas os atendimentos ambulatoriais ao invés de optar por um leque de possibilidades coletivas também. A retaguarda conseguiu liberar alguns bloqueios que estavam enraizados na população e na equipe, e trouxe um pensamento interdisciplinar para a discussão, servindo de muito aprendizado como residente sobre o cuidado coletivo com olhar ampliado sobre saúde mental, rompendo com a psicologização de demandas e entendendo a saúde mental também como consequência da violação de direitos.

Em relação à equipe, primeiramente foi bem desafiador implementar a retaguarda da forma que os (as) trabalhadoras projetaram, pois com a rotina de atendimentos e cotidiano desgastante, a retaguarda se tornou um encaminhamento de atendimentos individuais, com pouca interação entre os (as) profissionais, por questões de horário, número de atendimentos e disponibilidade de



atendimento conjunto. Foram feitas algumas avaliações até se chegar ao formato final de retaguarda: de encaminhamento a ela para atendimento e acolhimento de usuários (as) e para discussão de caso e matriciamento com profissionais da unidade.

Como conclusão sobre o curso que a retaguarda poderia seguir, apesar de ser um instrumento importante de escuta, não se tem hoje certeza de que vai continuar sendo feita deste modo, visto que é muito difícil manter dois turnos por dia de total dedicação. Por mais que seja um espaço qualificado, a escuta em saúde mental na APS é uma atribuição de todos e todas profissionais do serviço de saúde, como já citado neste trabalho, o acolhimento pode ser realizado por profissionais de saúde sem distinção de núcleo profissional.

Por isto, é importante reforçar a relação entre a retaguarda psicossocial e o NASF-AB, que seria a união inicialmente dos núcleos de serviço social e psicologia, proporcionando uma visão mais ampla das questões sociais e das questões psíquicas, de modo a entender o coletivo levando em consideração o contexto social das pessoas atendidas. Como já mencionado no artigo, são algumas das profissões incluídas como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e esses (as) profissionais são agregados à equipe conforme as demandas mais necessárias da região. Na Unidade de Saúde utilizada como referência para este trabalho, os núcleos de serviço social e psicologia foram pioneiros da implementação da retaguarda, dando este nome de psicossocial, mas pensando além das duas profissões com o passar do tempo e incluindo outras modalidades já citadas.

Em relação à especificidade de núcleos ditos de apoio, alguns espaços poderiam ser criados para suprir estas demandas espontâneas, como alguns dias reservados para um acolhimento grupal de quem busca algum dos núcleos. Ainda, específico para o serviço social, poderia ser realizada uma atividade semanal coletiva referente às demandas principais, que estão relacionadas a direitos e questões de seguridade social e recursos de rede.

Com relação aos casos de usuários que chegam à unidade em sofrimento, com alguma questão imediata e urgente, se fosse oferecido um acolhimento qualificado por qualquer profissional da equipe, a retaguarda não precisaria ser realizada somente por determinados núcleos profissionais, e sim englobada na escuta de acolhimento como um todo. Ressaltamos que o modelo de retaguarda abordado nesse estudo ainda encontra-se em construção e apresenta desafios. Contudo, verifica-se que foi um modelo de trabalho que proporcionou aprendizados e melhorias às práticas de profissionais da USST e, conseqüentemente, um melhor atendimento à população. O que foi construído até aqui poderá servir de base para a criação de novas propostas de retaguarda em outras unidades de saúde do Brasil e de diferentes contextos, buscando-se melhores formas de acolher e cuidar dos usuários do SUS.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 5 abr. 2020.
- BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: equipes de referência e apoio matricial*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://picica.dominiotemporario.com/apoio%20matricial%20cartilha.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.281 de 1 de outubro de 2009*. Altera a Portaria nº 154/GM, de 4 de março de 2008, que Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 out. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 8 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 17 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Saúde Comunitária*. Porto Alegre: [s. n.], 2020. Disponível em <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=5>. Acesso em: 9 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404132/>. Acesso em: 20 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.

CLOSS, Thaisa Teixeira. *Fundamentos do serviço social: um estudo a partir da produção da área*. 2015. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Resolução nº 510/2016*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2022.

FARIAS, Gabriely Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, DF, v. 6, p. 2075-93, jun. 2015. Supl. n. 3. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3076/2765> Acesso em: 11 ago. 2020.

JESUS, Tiana Brum de. *Um dique no meio do caminho: processos de reassentamento e a intersectorialidade das políticas sociais*. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/564/1/454827.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

LIMA; Telma Cristiane Sasso de Lima; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista katálisis*, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MARQUES, Rosa Maria. A PEC da morte, a democracia escancarada e a privatização da coisa pública. *Revista Socialismo e Liberdade*, São Paulo, n. 22, p. 19-22, 2018. Disponível em <http://www.laurocampos.org.br/wp-content/uploads/2018/08/2018-N22-Revista-Socialismo-e-Liberdade-visualiza%C3%A7%C3%A3o1.compressed.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLfMg/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2019.



MELO, Eduardo Alves; MIRANDA, Lilian. Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafios do cotidiano. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 425-449. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122> Acesso em: 1 maio 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social, teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete da. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-Desafios-atuais-do-Sistema-%C3%A9Anico-de-Sa%C3%BAde-%E2%80%93-SUS-e-as-exig%C3%AAsncias.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

TAKEDA, Silvia. PÉRICO, Lisiane. *Avançando na discussão sobre acesso no SSC/GHC*. Porto Alegre: [s. n.], jan. 2018. Mimeo.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 28 de fevereiro de 2022.

Aceito em 23 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

KONIG, Isadora Volpato; MULLER, Juliana de Lima; FAJARDO, Ananyr Porto. A construção da retaguarda psicossocial em uma unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 255-271, 2022.





Passos na confecção de próteses dentárias totais removíveis em um paciente com Síndrome de Kabuki: relato de caso

Steps in the making of full removable prostheses for a patient with Kabuki Syndrome: a case report

Heloísa Estevão do Amaral ¹

Ana Rita Vianna Potrich ²

Daiana Back Gouvêa ³

Márcia Cançado Figueiredo ⁴

¹ Aluna de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Contribuição de autoria: Todas as autoras participaram igualmente dos processos de escrita do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7223-0273>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9828963919619699>

E-mail: heloisaestevao94@gmail.com

² Odontóloga da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Contribuição de autoria: Todas as autoras participaram igualmente dos processos de escrita do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1976-302X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2720263116707015>

E-mail: anavpotrich@gmail.com

³ Odontóloga da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Contribuição de autoria: Todas as autoras participaram igualmente dos processos de escrita do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1180-9326>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1667654239203532>

E-mail: daianabgouvea@gmail.com

⁴ Professora doutora titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Contribuição de autoria: Todas as autoras participaram igualmente dos processos de escrita do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4279-5417>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8568030980316902>

E-mail: mcf1958@gmail.com

RESUMO

A Síndrome de Kabuki (SK) é caracterizada, de modo geral, por anomalias congênitas múltiplas e algum nível de comprometimento e/ou retardo mental. A dificuldade dos pacientes e de seus cuidadores em realizar a higiene bucal está ligada a falhas na preservação da saúde bucal, levando a perdas dentárias e necessidade de reabilitação oral. O objetivo deste artigo é relatar os passos da confecção de uma prótese total dupla de um paciente do sexo masculino, 22 anos de idade, diagnosticado com SK aos 12 anos. Todas as etapas dos procedimentos odontológicos necessários para confecção das próteses totais removíveis, superiores e inferiores, foram realizadas sempre preservando os cuidados pertinentes ao atendimento do paciente, proporcionando-lhe um benefício emocional positivo, por meio de estímulos constantes durante cada consulta, inclusão gradativa dele e de sua cuidadora no ambiente odontológico, associado às atividades de prevenção e reforço educacional. Pode-se concluir que o conhecimento das particularidades do paciente relatado com a Síndrome de Kabuki foi de extrema importância para a condução de seu tratamento odontológico, possibilitando ter condutas adequadas na tentativa de sua reabilitação oral.

Palavras-chave: assistência odontológica para pessoas com deficiências; anomalias congênitas; perda de dente

ABSTRACT

In general, the Kabuki Syndrome (KS) is characterized by multiple congenital anomalies and some level of intellectual impairment and/or disability. The difficulty of the patients and their caretakers to perform oral hygiene is connected to flaws in the preservation of oral health, leading to dental losses and need for oral rehabilitation. This paper aims to report the steps of making a double full prosthesis for a 22-year-old male patient diagnosed with KS at 12 years old. All the steps of the dental procedures necessary to make the upper and lower full removable prostheses were always carried out preserving the care pertinent to the service to the patient, providing him with a positive emotional benefit through constant stimuli during each consult and the gradual inclusion of him and his caretaker in the dental environment, associated with the prevention and educational reinforcement activities. One may conclude that the knowledge of the particularities of the patient reported as having Kabuki Syndrome was of utmost importance to conduct their dental treatment, allowing there to be appropriate conduct in the attempt of his oral rehabilitation.

Keywords: dental assistance for persons with disabilities; congenital anomalies; tooth loss



INTRODUÇÃO

A Síndrome de Kabuki (SK) é caracterizada, de modo geral, por anomalias congênitas múltiplas e algum nível de comprometimento e/ou retardo mental (CHEON; KO, 2015). Um dos aspectos mais marcantes dessa síndrome é a assimetria facial, que demonstra grande relevância para que se considere tal hipótese diagnóstica (ADAM; HUDGINS, 2005). Ainda dentro deste quadro, no que diz respeito à assimetria e às anomalias, segundo Adam e Hudgins (2005), podem-se observar características fenotípicas marcantes como fissuras palpebrais, comumente associadas à eversão do terço lateral da pálpebra inferior, sobrancelhas arqueadas e esparsas, columela curta e nariz com ponta caída.

Inicialmente, pensava-se que a SK fosse relacionada diretamente à população japonesa, com uma prevalência estimada em 1:32.000 pessoas no Japão (NIIKAWA et al., 1988). Esse preceito, porém, foi rebatido após a notificação de diagnóstico da Síndrome em diversos outros países e pela dificuldade de se estipular um valor exato referente à sua incidência a nível global, uma vez que seu diagnóstico depende de variáveis como a qualidade das ferramentas disponíveis em cada país para que se faça a correta detecção e confirmação dos casos. (ADAM; HUDGINS, 2005; CHEON; KO, 2015)

Conforme o exposto por Cheon e Ko (2015), de um modo geral, não há um consenso estabelecido acerca dos critérios diagnósticos da SK. Contudo, cinco aspectos específicos, também conhecidos como “Pêntade de Niikawa”, são tradicionalmente utilizados como guias para o estabelecimento diagnóstico dessa Síndrome (NIIKAWA et al., 1988). Compõem a Pêntade de Niikawa a dismorfia facial, as anomalias esqueléticas, as alterações dermatológicas, o retardo mental (de leve a moderado), e a deficiência/retardo de crescimento pós-natal. Nesse sentido, com o passar dos anos, o número de pacientes diagnosticados com essa síndrome tem aumentado graças à melhora da qualidade dos parâmetros e ferramentas necessárias para o correto diagnóstico da SK (YUN et al., 2011).

Quanto aos achados odontológicos relacionados à SK, um relato de caso clínico realizado na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (2006) trouxe aspectos interessantes quanto às alterações de forma e número dos dentes em um paciente infantil diagnosticado com SK pelo Departamento de Genética do Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto (SANTOS et al., 2006). Há também relatos de alterações ósseas comuns a pacientes com essa síndrome que, pode estes abranger quadros como micrognatia, retrognatia, palato profundo e arqueado, mordida cruzada posterior, língua e/ou úvula bífida, retardo no padrão de erupção dentária, presença de dentes impactados, reabsorção externa das raízes de incisivos e molares superiores permanentes, bem como casos de hipodontia, dentes conoides, ocorrência de dentição neonatal ou ainda dentes que apresentam câmara pulpar de tamanho maior que o normal (MATSUNE et al., 2011; MHANNI; CROSS; CHUDLEY, 1999; SOUZA, 2016).

Por outro lado, como qualquer outro paciente com necessidades especiais, os usos de medicações diversas aumentam a probabilidade de o paciente diminuir o autocuidado e a higiene



bucal, impactando na ocorrência de cáries e doenças periodontais, perda dentária e, consequentemente, na necessidade do uso de prótese. As perdas dentárias são mais impactantes ainda em pacientes com necessidades especiais pois esse grupo apresenta peculiaridades no atendimento no qual a experiência e conhecimentos específicos dos cirurgiões-dentistas são primordiais (KAPICIUS et al., 2018). A falta de acesso a serviços odontológicos especializados e também a cirurgiões-dentistas capacitados para o manejo de pessoas com necessidades especiais leva, em muitos casos, a tratamentos radicais e mutiladores como a exodontia completa. Assim, conhecer o paciente com a Síndrome de Kabuki, individualizar sua abordagem, seu posicionamento na cadeira odontológica e o tempo para realizar o tratamento com segurança e eficácia são essenciais para o sucesso do mesmo.

Diante do acima exposto, o objetivo deste relato de caso foi abordar a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais por meio do relato dos passos da confecção de uma prótese total dupla de um paciente com a Síndrome de Kabuki, atendido na Clínica Odontológica para Pacientes com Necessidades Especiais do Hospital de Ensino Odontológico (OPNE/HEO) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

CASO CLÍNICO

O paciente C.D foi diagnosticado com Síndrome de Kabuki (CID 10: F71.1) aos 12 anos de idade. Aos 22 anos de idade, em outubro 2019, ele compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), acompanhado pela mãe, relatando como queixa principal quadros de infecção, fraturas e perdas dentárias. Após a realização de anamnese e da análise do quadro de saúde geral do paciente e suas limitações, a equipe de cirurgia optou por realizar, sob anestesia geral, a exodontia múltipla dos dentes restantes do paciente. Feito isso, o paciente foi encaminhado em novembro deste mesmo ano à Clínica Odontológica para Pacientes com Necessidades Especiais do Hospital de Ensino Odontológico (OPNE/HEO) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), para análise, acompanhamento clínico com a possibilidade de uma reabilitação estética e funcional do paciente (Figura 1).



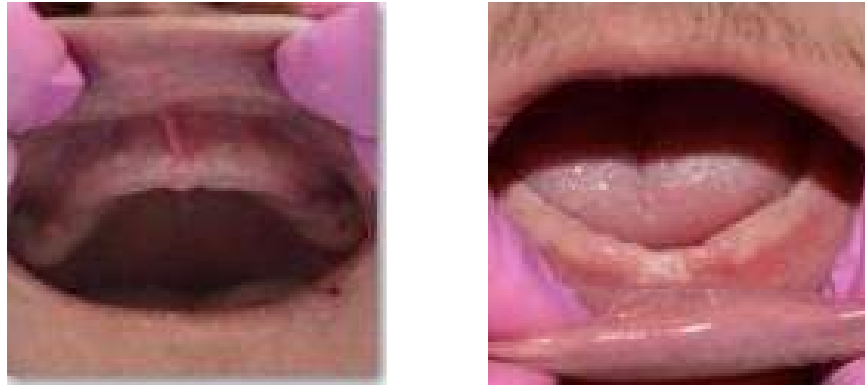
Figura 1 – Fotografia de perfil do paciente com a Síndrome de Kabuki em sua primeira consulta, aos 22 anos de idade, na Clínica Odontológica para Pacientes com Necessidades Especiais do Hospital de Ensino Odontológico (OPNE/HEO).



Fonte: Autores (2019)

Na anamnese e entrevista dialogada com a responsável pelo paciente, procurou-se conhecer melhor o paciente, sua história médica e odontológica prévia, suas queixas principais e padrões/hábitos de higiene. Segundo sua mãe, ele demandava cuidados de terceiros de forma contínua, devido a sua deficiência intelectual. A higienização, bem como todas as demais atividades do dia, era realizada por ela e consistia, basicamente, em uma limpeza bucal feita apenas com algodão. O paciente era edêntulo e apresentava histórico de periodontite agressiva.

Figuras 2 e 3 – 2) Fotografia da arcada superior; 3) Fotografia da arcada inferior.



Fonte: Autores (2019)

Quanto ao diagnóstico médico, constou em seu laudo e exames solicitados ao HCPA, que, para além do espectro sindrômico, o paciente não apresentava nenhuma doença crônica pré-existente, atentando apenas para um quadro de anemia há 10 anos da consulta odontológica em questão. Aos 5 anos de idade, ele realizou a cirurgia de adenoides. No que tange ao manejo dos sintomas desencadeados pela síndrome, o paciente fazia uso contínuo de medicações como os antipsicóticos, anticonvulsivante e antiepilético, sendo estas a Risperidona (2mg/dia), Depakene (250mg/dia) e Carbamazepina (250mg/dia). O paciente não apresentava o cognitivo preservado, porém sua audição

e capacidade de fala foram mantidas.

Suas características comportamentais em clínica refletiram em uma conduta tranquila, mas sempre exigindo a presença da acompanhante (mãe). A relação afetiva do paciente com sua mãe era positiva. No decorrer da primeira consulta, o exame clínico intraoral realizado revelou um rebordo dentário fino (Figuras 2 e 3).

Nas sessões subsequentes foram realizados os preparativos para a realização das próteses totais removíveis superior e inferior, após aprovação de sua responsável. Inicialmente os rebordos foram moldados com alginato (moldagem anatômica) para a confecção das moldeiras individuais superior e inferior, realizada após a seleção das moldeiras de estoque para desdentados (número I1 inferior e S2 superior) e a individualização com cera 7 (Lysanda) para diminuir o volume e espessura do alginato. Por apresentar um palato profundo e arqueado (característica comum aos portadores da Síndrome de Kabuki), houve a formação de bolhas na moldagem anatômica – que foram preenchidas com cera antes do vazamento em gesso (Figura 4).

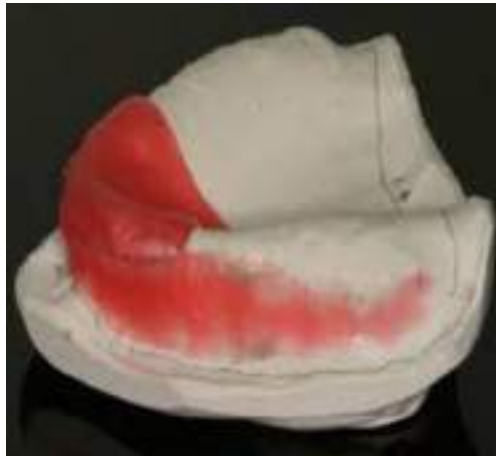
Figuras 4 e 5 – 4) Moldagem com alginato (moldagem anatômica); 5) Moldeira individual inferior.



Fonte: Autores (2019)

Com o molde seco, foi vazado o gesso (Durastone G3) tipo III para o rebordo e tipo I (Durastone G1) para a base para obtenção do modelo de estudo e, através deste, foi confeccionada a moldeira individual de resina acrílica autopolimerizável, deixando 2 mm de distância da moldeira até o fundo de sulco do vestibulo (Figura 5). Deu-se continuidade ao processo de confecção dos modelos anatômicos superior e inferior. Tendo os modelos prontos, realizaram-se algumas demarcações: demarcação da área chapeável com uma linha contínua e demarcação para confecção das moldeiras individuais com linha pontilhada (3mm aquém da linha contínua anteriormente demarcada). Ao final desse processo, foram feitos os alívios de retenção utilizando a cera 7 (Lysanda) (Figura 6), incluindo as rugosidades palatinas, por se tratar de um palato muito profundo.

Figura 6 - Alívios de retenção das rugosidades palatinas feito com cera.



Fonte: Autores (2019)

Em uma outra consulta, após removido o alívio de compressão, realizou-se o selamento periférico com godiva em bastão (Godibar bastão - Lysanda) na moldeira superior (Figura 7), não sendo necessário esse mesmo procedimento para a moldeira inferior, uma vez que esta apresentava retenção ideal. Após isso, houve a realização da moldagem funcional superior (Figura 8) e inferior utilizando-se poliéter (Pericem - Technew), para posterior encaixotamento e vazamento em gesso do tipo III (Durastone G3). O comportamento do paciente continuava sendo adequado e muito cooperador durante os procedimentos clínicos subsequentes.

Figuras 7 e 8 – 7) selamento periférico feito com godiva na moldeira superior; 8) Moldagem funcional com poliéter (moldeira superior).



Fonte: Autores (2019)

Figuras 9 e 10 – 9) Molde da arcada superior com poliéter e encaixotamento feito com cera; 10) Molde da arcada inferior com poliéter e encaixotamento feito com cera.



Fonte: Autores (2019)

Feito isso, em uma terceira consulta, já tendo os modelos de gesso prontos, partiu-se para a confecção das placas-base (Figura 11) de resina acrílica autopolimerizável (JET - Clássico). Sobre essas placas-base confeccionada a partir do modelo de trabalho, confeccionou-se os planos de cera que se assemelharão à base da dentadura (Figuras 9 e 10). Realizou-se, então, a avaliação das relações maxilo-mandibulares do paciente com o auxílio de uma Régua de Fox e os registros da forma do arco dental, limite vestibular do arco, linhas de referência para a seleção dos dentes, curva de compensação ântero-posterior e vestibulo-lingual, relação cêntrica e dimensão vertical de oclusão. Posteriormente houve a escolha dos dentes de estoque e montagem dos modelos em Articulador Semi-Ajustável (ASA) (Figura 14).

Na quarta consulta, estabeleceu-se a linha do sorriso, bem como a linha média e a guia canina do paciente (Figura 13). Durante a escolha dos dentes, traçou-se o perfil do paciente como leptoprosópico/dolicofacial, fez-se a escolha da cor 60 tipo 2D dos dentes (Vipi dente) para o processo de montagem e, depois, prova dos dentes, nos roletes de cera, para ser encaminhado ao laboratório para acrilização. O paciente até em sua ultima consulta sempre teve o apoio e presença de sua mãe nas consultas clínicas, sendo sempre estimulado, utilizando a técnica de condicionamento, mostrar - falar – fazer, se preocupando em que as consultas fossem rápidas e, que os procedimentos clínicos não fossem repetidos.

Figuras 11 e 12 - 11) Placa-base em resina acrílica confeccionada sobre modelo de gesso da arcada inferior; 12) Posicionamento do rolete de cera sobre a placa-base da arcada inferior.



Fonte: Autores (2019)

Figuras 13 e 14 – 13) Estabelecimento da linha do sorriso, linha média e guia canina do paciente sobre os roletes de cera; 14) Modelo montado em articulador semi ajustável



Fonte: Autores (2019)

No dia da entrega da prótese dupla e a realização do teste de retenção com base na análise do profissional e do paciente e fazer a aferição da força necessária para que seja removida a prótese, para se obter, por fim, um resultado final satisfatório, o paciente não retornou devido ao início da pandemia do COVID-19 que implicou em limitações dos atendimentos clínicos odontológicos do HEO/UFRGS, comprometendo seu retorno até os dias atuais. A equipe seguirá tentando contatar o paciente via telefone ou pelo endereço mencionado na ficha clínica do mesmo, para assim que possível viabilizar a entrega das próteses dentárias na Faculdade de Odontologia da UFRGS.

O presente relato de caso é oriundo de projeto de pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS com registro na Plataforma Brasil sob número de CAAE 53941216.7.0000.5347, respeitando os pressupostos éticos das Resoluções vigentes do CNS/CONEP. A cuidadora do paciente aceitou a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

DISCUSSÃO

Embora o atendimento odontológico ao paciente com necessidades especiais seja desafiador, o conhecimento do profissional sobre a área permite a realização de um bom trabalho, ofertando atendimento resolutivo aos pacientes e, conseqüentemente, a conquista do reconhecimento dos mesmos (SOUSA, 2016). Havendo uma fundamentação teórico-prática no desenvolvimento de um atendimento odontológico individualizado para pacientes com necessidades especiais, é possível alcançar resultados positivos esperados no tratamento destes pacientes, contribuindo de maneira positiva para recuperação dos mesmos (FIGUEIREDO et al., 2021).

Quanto à relação entre o perfil do paciente com necessidades especiais e a qualidade da higiene bucal dos mesmos, ao passo que aumentam as suas limitações, sejam elas intelectuais ou físicas, diminui a sua autonomia em realizar rotinas básicas de auto-cuidado, o que prejudica a sua saúde como um todo. Logo, o padrão de higienização e qualidade de saúde bucal está intimamente ligado ao quadro clínico geral do paciente, reforçando o que se observa na maioria dos pacientes com deficiência intelectual e/ou de motricidade que apresentam uma higiene bucal comprometida (SAMPAIO; CÉSAR; MARTINS, 2004).

Além disso, trata-se de uma população que inclui doenças diversas podendo exigir colaboração mais intensa dos familiares, na dependência do estado geral de saúde e da medicação utilizada pelo paciente. Múltiplas comorbidades, como rigidez muscular, tremores, movimentos involuntários de língua e lábios, podem inviabilizar o tratamento do edentulismo por próteses removíveis, tanto os totais como as parciais. O manejo difícil nas etapas de execução podem ter como consequência a falta de retenção, dificuldades no ajuste, inflamação da mucosa oral e estética inadequada nas próteses, podendo não serem aceitas dependendo do indivíduo (RIBEIRO; CAMPOS; RODRIGUES, 2017). O paciente relatado teve um comportamento adequado e cooperado durante todas as consultas para a realização de sua prótese dupla.

Para além destas dificuldades inerentes à condição desses pacientes, traçar um plano de tratamento efetivo e individualizado é imprescindível para que se possa melhorar ou, em muitos casos, restaurar a saúde bucal deles. No entanto, para que isso ocorra, é necessário que os cirurgiões-dentistas estejam realmente preparados para atender seus pacientes, respeitando suas limitações e atentando às particularidades que cada caso apresenta, pois é comum que a falta de preparo dos profissionais frente a esse tipo de paciente os conduza a erros importantes de diagnóstico e a posturas inadequadas na tomada de decisões para o planejamento do plano de tratamento (DUAILIBI; DUAILIBI, 1998). No caso em questão, trabalhou-se muito com o paciente para evitar a sua exaustão, explicando-lhe a necessidade de várias consultas para a realização de sua prótese e como seriam as etapas de sua confecção, principalmente ressaltando as moldagens e o tipo de material a ser utilizado.

Nesse aspecto, é interessante aqui ressaltar que, na confecção de uma prótese total em pacientes com necessidades especiais, encontra-se certa imprecisão quanto à técnica e o tipo de



material utilizado na moldagem funcional, que variam não só de acordo com os diferentes tipos de rebordos, como também das diversas técnicas e materiais existentes. Crê-se que para se ter no final uma prótese fidedigna e que respeite os princípios de retenção e estabilidade, é necessário que haja etapas consecutivas bem realizadas, desde uma boa anamnese, com base em uma observação minuciosa sobre o rebordo edêntulo e análise do tipo de fibromucosa presente, bem como em relação às possíveis irregularidades desse rebordo, às condições psicológicas e comportamentais do paciente durante todas as consultas, até a entrega das próteses com ajustes oclusais finais (BREDA et al., 2006).

Acrescentando ainda, durante as tomadas das medidas é importante sempre manter o paciente com equilíbrio da cabeça para que não haja distorção durante o registro, pedindo para ele abrir e fechar a boca amplamente por algumas vezes, e também deglutir, sendo essa uma forma de medir utilizando o método da fadiga muscular, além do uso do arco facial que é muito importante para a montagem do modelo superior no articulador (MUKAI et al., 2010; RODRIGUES et al., 2010). Pensando em um paciente com necessidades especiais, com distúrbios mentais, se torna mais difícil a colaboração durante esse processo. Siebra et al. (2017), relataram que seria importante verificar as condições funcionais e fonéticas do paciente uma vez que fazem parte do protocolo, sendo essenciais para quando os dentes estivessem montados.

A finalização do tratamento se daria somente quando fosse entregue a prótese acrilizada, não deixando de manter as consultas de retorno para uma melhor preservação da mesma. Considerando a Portaria GM/MS nº 454, de 20 de março de 2020, que declarou emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) recomendou-se o fechamento dos estabelecimentos de ensino e saúde sem o atendimento eletivo aos pacientes. Por esta razão houve o fechamento do Hospital de Ensino Odontológico (OPNE/HEO) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o paciente não pode retornar para as suas manutenções periódicas.

Independente do fato acima relatado e de se ter entregue a prótese dupla ao paciente, seria importante ressaltar que há necessidade do desenvolvimento de estratégias para melhoria da saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais uma vez que elas influenciam diretamente em sua saúde física e mental, sendo fundamental em sua qualidade de vida, uma vez que, estudos apontam que condições bucais desfavoráveis, como dentes ausentes, estão negativamente associadas ao bem-estar desta população (KAPICIUS et al., 2018). Assim seria interessante difundir cientificamente a possibilidade de reabilitação bucal em um paciente com a Síndrome de Kabuki, em um serviço público de saúde.

Desse modo, seria importante que os cirurgiões-dentistas que cuidam de pacientes sindrômicos sentissem empatia por seu paciente e cuidador. De acordo com Effgem et al. em 2017, ao acompanhar o paciente assimilando teoria e prática, o profissional de saúde tem em suas mãos o poder de mudar não apenas seu estado intelectual, mas também seu estado emocional, gerando segurança, sociabilidade



e autoestima.

Figueiredo et al. (2021) afirmaram que a diversidade de problemas apresentados por pessoas com deficiência intelectual ainda é um tema relativamente novo e, portanto, são necessários artigos para compreender as relações entre problemas de saúde cuja ocorrência é persistente, bem como construir alternativas práticas de processos de tratamento odontológico para esses indivíduos. Assim, com a construção de intervenções odontológicas adequadas, acredita-se que este caso clínico evidenciou a importância de um tratamento reabilitador, humanizado e eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da Síndrome de Kabuki ser uma síndrome incapacitante, foi possível realizar os procedimentos odontológicos de forma adaptada às necessidades do paciente. O manejo dos profissionais em relação ao paciente e sua cuidadora potencializou o tratamento realizado e a manutenção futura desta condição de saúde bucal pós-tratamento, assim como uma atuação interdisciplinar com a equipe médica.

A adesão do paciente com sua condição clínica ao tratamento odontológico ambulatorial minimizou intervenções mais invasivas. Ainda cabe ressaltar o quanto o auxílio de sua cuidadora foi imprescindível para o êxito do tratamento realizado, além da sensibilidade no olhar ao ver o paciente como um todo.

REFERÊNCIAS

ADAM, M. P.; HUDGINS, L. Kabuki syndrome: a review. *Clinical Genetics*, Copenhagen, v. 67, n. 3, p. 209- 219, Mar. 2005. Doi: 10.1111/j.1399-0004.2004.00348.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15691356/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 454, de 20 de março de 2020*. Dispõe sobre o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-454-2/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BREDA, R. A. *et al.* Prótese total pela técnica de zona neutra. *RGO*, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 274-279, set./out. 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-457235>. Acesso em: 22 jan. 2022.

CHEON, C. K.; KO, J. M. Kabuki syndrome: clinical and molecular characteristics. *Korean Journal of Pediatrics*, Korea, v. 58, n. 9, p. 317-324, 2015. Doi: 10.3345/kjp.2015.58.9.317. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623449/#:~:text=Kabuki%20syndrome%20\(KS\)%20is%20a,cardiac%20anomalies%2C%20and%20immunological%20defects](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623449/#:~:text=Kabuki%20syndrome%20(KS)%20is%20a,cardiac%20anomalies%2C%20and%20immunological%20defects). Acesso em: 22 jan. 2022.

DUAILIBI, S. E.; DUAILIBI, M. T. Odontologia para pacientes especiais - Uma nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. *Revista Paulista de Odontologia*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 28-33, mar./abr. 1998. Disponível



em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=344996&indexSearch=ID>. Acesso em: 22 jan. 2022.

EFFGEM, V. *et al.* A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH - processo diagnóstico e práticas de tratamento. *Revista Construção Psicopedagógica*, São Paulo, v. 25, n. 26, p. 34-45, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542017000100005. Acesso em: 22 jan. 2022.

FIGUEIREDO, M. C. Dental care for a pediatric patient with neurofibromatosis type 1: a clinical case report. *Odontoestomatología*, Montevideo, v. 22, n. 36, p. 87-93, 2020. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392020000300087&script=sci_arttext&tlng=em. Acesso em: 22 jan. 2022.

FIGUEIREDO, M. C. *et al.* Nueve años de atención odontológica a un paciente con discapacidad intelectual: relato de caso clínico. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, Huánuco v. 5, n. 4, p. 321-325, 2021.

KAPICIUS, P. *et al.* Uso de próteses removíveis em pacientes com necessidades especiais: risco associado ao diagnóstico. *Clinical and Laboratorial Research in Dentistry*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2018. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2357-8041.clrd.2018.141228>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/clrd/article/view/141228>. Acesso em: 22 jan. 2022.

LI, Y. *et al.* A mutation screen in patients with Kabuki syndrome. *Human genetics*, Germany, v. 130, n. 6, p. 715-724, Dec. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21607748/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

MATSUNE, K. *et al.* Craniofacial and dental characteristics of Kabuki syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, New York, v. 98, n. 2, p. 185-190, 2001. Doi: 10.17796/jcpd.36.4.u021164272805116. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23019839/#:~:text=Objective%3A%20Kabuki%20syndrome%20is%20a,recession%20and%20mid%2Dfacial%20hypoplasia>. Acesso em: 22 jan. 2022.

MHANNI, A. A.; CROSS, H. G.; CHUDLEY, A. E. Kabuki syndrome: description of dental findings in 8 patients. *Clinical Genetics*, Denmark, v. 56, n. 2, p. 154-157, 1999. Doi: 10.1034/j.1399-0004.1999.560211.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10517254/#:~:text=Dental%20abnormalities%20of%20permanent%20teeth,head%20screwdriver%2Dshaped%20appearance>. Acesso em: 22 jan. 2022.

MUKAI, M. K. *et al.* Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. *RPG Revista de Pós-Graduação*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 167-172, 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-56952010000300007&script=sci_abstract. Acesso em: 22 jan. 2022.

NIKAWA, N. *et al.* Kabuki make-up (Niikawa-Kuroki) syndrome: a study of 62 patients.



American Journal of Medical Genetics, New York, v. 31, n. 3, p. 565-589, Nov. 1998. Doi: 10.1002/ajmg.1320310312. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3067577/>. Acesso em: 22 jan. 2022.

RIBEIRO, G. R.; CAMPOS, C. H.; RODRIGUES, R. C. M. G. Influence of a removable prosthesis on oral health-related quality of life and mastication in elders with Parkinson disease. *Journal of Prosthet Dentistry*, St. Louis, v.118, n. 5, p. 637-642, 2017.

RODRIGUES, K. K. *et al.* Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da dco durante a reabilitação estética e funcional: um relato de caso. *IJD International Journal of Dentistry*, Recife, v. 9, n. 2, p. 96-101, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/dentistry/article/view/14060>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SAMPAIO, E. F.; CÉSAR, F. N.; MARTINS, M. da G. A. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no instituto de previdência do estado do Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 127-134, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40817305>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SANTOS, B. M. dos *et al.* Kabuki make-up (Niikawa-Kuroki) syndrome: Dental and craniofacial findings in a Brazilian child. *Brazilian Dental Journal*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 249-254, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-64402006000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bdj/a/TTD7mmjRzB7Gn8t7CgJcCzB/abstract/?lang=en>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SIEBRA, M. M. *et al.* Avaliação clínica do uso de materiais anelásticos e elásticos em moldagem para prótese total: um relato de caso. *Revista Bahiana de Odontologia*, Salvador, v. 8, n. 4, p. 132-140, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Desktop/1622-Texto%20do%20Artigo-8749-1-10-20171218.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SOUSA, L. P. *Atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia na Estratégia Saúde da Família*. 2016 Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/a-odontologia-no-tratamento-de-pacientes-com-transtorno-mental-apostila02.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2022.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 22 de fevereiro de 2022.

Aceito em 10 de junho de 2022.

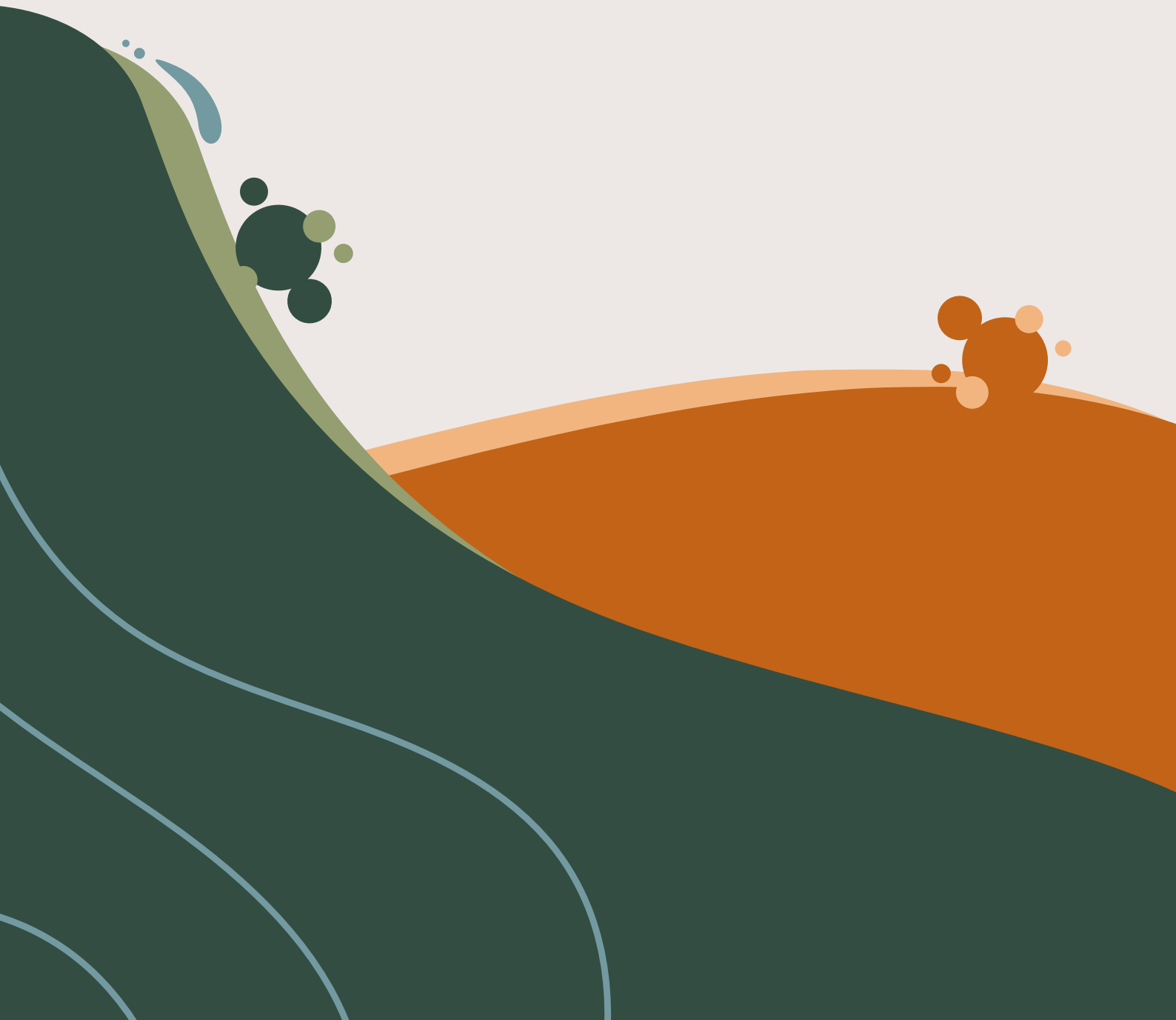
Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

AMARAL, Heloisa Estevão; POTRICH, Ana Rita Vianna; GOUVEA, Daiana Back; FIGUEIREDO, Márcia Cançado. Passos na confecção de próteses dentárias totais removíveis em um paciente com Síndrome de Kabuki: relato de caso. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 272-284, 2022.



PRODUÇÕES TÉCNICAS





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-20>
<https://revista.ghc.com.br/>

Diet proposition based on the food pyramid for patients with chronic obstructive pulmonary disease

Proposta dietética baseada na pirâmide alimentar para indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica

Propuesta dietética basada en la pirámide alimentaria para individuos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Gabriel Souza de Oliveira Sampaio ¹
Carlos Alberto Soares da Costa ²

ABSTRACT

The aim was to develop a diet proposal, based on a review of the literature on food pyramids for individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), in order to be used in diet therapy applied to adult men and women with COPD. Food pyramids are important tools used for food and nutrition education purposes. Previously, Rondanelli et al. (2020) developed an adapted food pyramid, along with guidelines for energy and dietary intake, in order to prevent and treat nutritional complications associated with COPD, but it was not translated into dietary planning. Four different diets were herein elaborated, two of them comprised 50% lipids and 30% carbohydrates and the other two comprised 50% carbohydrates and 30% lipids. Data on the mean body weight of men and women in the age group 35-44 years, as well as recommendations for food pyramid macro and micronutrients, were taken into account to build the dietary plan. Four food composition tables were used to select the food types forming the meal plan. The herein proposed diets have anti-inflammatory and antioxidant properties; this factor required some considerations about their composition for the Brazilian context. It is essential promoting this diet therapy instrument to help professionals in the nutrition field to set a conduct more compatible to individual features of both patients and their lung disease.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; nutritional sciences; nutritional needs; diet, food and nutrition.

RESUMO

O objetivo foi desenvolver uma proposta de dieta, baseada em uma revisão da literatura sobre pirâmide alimentar para indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), para ser utilizada na dietoterapia aplicada a indivíduos adultos do sexo masculino e feminino DPOC. Pirâmides alimentares são importantes ferramentas de educação alimentar e nutricional. Previamente, Rondanelli et al. (2020) desenvolveram uma pirâmide alimentar adaptada, seguida de orientações de ingestão energética e dietética para prevenir e tratar complicações nutricionais associadas à DPOC, porém, não foi traduzida em forma de planejamento dietético. Aqui foram elaboradas quatro dietas, duas de 50% de lipídeos e 30% de carboidratos e duas de 50% de carboidratos e 30% de lipídeos. Para a construção do planejamento, levou-se em consideração dados de peso corporal médio de homens e mulheres da faixa etária de 35 a 44 anos, além das recomendações para macro e micronutrientes contidas na pirâmide alimentar. Foram utilizadas 4 tabelas de composição de alimentos para selecionar os alimentos que compõem os cardápios. As dietas aqui propostas possuem propriedades anti-inflamatórias e antioxidantes, sendo necessárias algumas considerações acerca de sua composição, para o contexto brasileiro. É fundamental promover este instrumento dietoterápico visando beneficiar profissionais da área de nutrição para uma conduta mais compatível com as características individuais do paciente e da doença pulmonar.

Palavras-chave: doença pulmonar obstrutiva crônica; ciências nutricionais; necessidades nutricionais; dieta, alimento e nutrição.

¹ Graduando em Nutrição pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0411-5844>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1296354686494205>

E-mail: bielssampaio@hotmail.com

² Doutor em Biociências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor no Programa de Residência em Nutrição Clínica com ênfase em Pediatria e Terapia Intensiva, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Contribuição de autoria: Planejamento da pesquisa, análise dos dados e organização do texto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8302-657X>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8701554187772246>

E-mail: nutcarlos@ufrb.edu.br



RESUMEN

El objetivo fue desarrollar una propuesta de dieta, basada en una revisión de la literatura sobre pirámides alimentarias para individuos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), para ser utilizada en una terapia, en base a dietas. Las pirámides alimentarias son herramientas importantes de la educación alimentaria y nutricional. Anteriormente, Rondanelli et al. (2020) desarrollaron una pirámide alimentaria adaptada, seguida de pautas para la ingestión energética y dietética para prevenir y tratar las complicaciones nutricionales asociadas con la EPOC, pero no se tradujo en la forma de planificación dietética. Aquí se elaboraron cuatro dietas, dos del 50% de lípidos y el 30% de carbohidratos y dos de 50% de carbohidratos y 30% de lípidos. Para la construcción del planeamiento se tuvieron en cuenta datos sobre el peso corporal promedio de hombres y mujeres de 35 a 44 años de edad, además de las recomendaciones de macro y micronutrientes contenidas en la pirámide alimentaria. Se utilizaron cuatro tablas de composición de alimentos para seleccionar los alimentos que componen los menús. Las dietas propuestas aquí tienen propiedades antiinflamatorias y antioxidantes, y algunas consideraciones sobre su composición son necesarias para el contexto brasileño. Es fundamental promover este instrumento dietético-terapéutico con el fin de beneficiar a los profesionales del área de la nutrición para una conducta más compatible con las características individuales del paciente y la enfermedad pulmonar.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ciencias de la nutrición; necesidades nutricionales; dieta, alimentación y nutrición.

INTRODUCTION

Nutrition plays key role in preventing and treating Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD). This disease is featured by high energy expenditure due to airflow obstruction issues faced by patients affect by it; thus, lack of proper nutritional monitoring can lead to malnutrition in these individuals, whose quality of life is lower than that of well-nourished patients (ROSLER et al., 2021). An adapted food pyramid was previously developed, it was followed by guidelines for energy and dietary intake to prevent and treat nutritional complications associated with COPD (RONDANELLI et al., 2020). Food pyramids are important tools used for food and nutrition education purposes; they can reflect the dietary pattern of a given sociocultural context, such as the Mediterranean diet (BACH-FAIG et al., 2011), as well as provide guidelines aimed at specific target audiences, such as vegetarians (PEREIRA; SANTOS; LIMA, 2021), pregnant women (DEMÉTRIO, 2010), as well as individuals with COPD (RONDANELLI et al., 2020), osteopenia/osteoporosis (RONDANELLI et al., 2021) or rheumatoid arthritis (RONDANELLI et al., 2018). Translating food pyramids into dietary plans provides dieticians with the means to orient patients in a more illustrative and easy-to-understand way.

The food pyramid adapted to COPD (RONDANELLI et al., 2020) is divided into three parts: food types that should be consumed on a daily basis; food types that should be consumed 1, 2 or 4 times a week, and food types that should be consumed occasionally. Starting from the base of the pyramid, the following food types should be consumed on a daily basis: mineral water (from 1.5L to 2L); 5 servings of vegetables (200g), salad (80g) and fruits (150g); 3 to 4 servings of extra virgin olive oil (10ml), and 1 serving of seeds and dried fruits rich in omega-3 (30g); 1 serving of whole grains (80g of pasta/rice, 50g of bread and 30g of cereals for breakfast/snack); 2 servings of dairy products (150ml of low-fat milk and 125g of light yogurt), and 1 serving of red wine (125ml). Food types to be consumed 4 times a week comprise fish, rich in omega-3 (150g). Food types to be consumed twice a week comprise fresh cheeses (100g), eggs (60g), white meat (100g) and legumes (150g fresh and 50g dry). Food types to be consumed once a week comprise red (100g) and cured (50g) meat. At the top of



the pyramid, one finds food types to be consumed occasionally: dessert (100g). Supplementation with vitamin D, omega-3 fatty acids, antioxidants and salt can be seen (flagged) up higher in the pyramid. The food pyramid was developed by taking into consideration the need of performing individual nutritional assessment and energy intake of 30kcal/kg of weight/day.

With respect to macronutrient distribution, two possibilities were described for carbohydrates (CHO) and lipids (LIP) (RONDANELLI et al., 2020). According to the first scenario, which comprises 30% lipids and 50% carbohydrates, there is evidence of both increased carbon dioxide (VCO₂) production and worsened clinical condition of patients with severe lung disease. Since carbohydrate intake lower than 200g/day was associated with improved well-being, a second scenario, comprising 50% lipids and 30% carbohydrates, was suggested. Such a scenario is the one wherein lipids were preferably polyunsaturated fatty acids (omega-3), with anti-inflammatory action, as well as the one that leads to likely improvement in ventilatory exchange and mitigation of the chronic respiratory failure condition. However, the food pyramid, as graphical representation, was not translated into dietary planning. It is consensus that COPD is a debilitating disease and that, at some point, its exacerbation and consequences will lead to certain functional disability. In addition, the current pandemic scenario caused by the Sars-CoV-2 virus makes individuals with COPD more vulnerable to the consequences of this infection. The vast majority of studies about the role played by nutrition in patients with COPD focus on addressing nutrients, in separate, either through their supplementation or intake, or on addressing the intake of different food groups. The literature only has few studies focused on investigating dietary plans aimed at this population.

In light of the foregoing, the aim of the current work was to use the food pyramid, adapted to patients with COPD, to plan a diet comprising 50% lipids or 50% carbohydrates, to be used in dietary therapy applied to adult male and female individuals.

METHODS

The development of the diet proposal was based on a review of the literature on food pyramids for individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), using as reference the work of Rondanelli et al., (2020).

Data about men and women's mean body weight were taken into consideration to build the herein adopted diets, in compliance with the Household Budget Survey – HBS (POF, 2008-2009) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Although there is a more updated HBS version available (2017-2018), it does not present data on population's weight and height, a fact that makes its use in the current work unfeasible.

Population studies about COPD are often conducted with individuals over 40 years old, given the chronic nature of it (SANTOS et al., 2021; KALUZA et al., 2019; ZANARDI; BENETTI, 2018). Therefore, the current work made the option for selecting individuals in the age group 35-44



years since, in addition to represent the age group mostly affected by COPD, they represented most of the population analyzed in the current research (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Therefore, the herein adopted meal plan was developed by taking into consideration male weight of 74.6 kg and female weight of 63.8 kg. According to recommendations (RONDANELLI et al., 2020), 30kcal/kg of weight/day was offered to patients, and it resulted in planned menus of 2,238kcal and 1,914kcal for men and women, respectively.

Four different menus were prepared; two of them comprised 50% lipids and 30% carbohydrates (50% LM, male and 50% LW, woman) and the other two comprised 50% carbohydrates and 30% lipids (50% CM, male and 50% CW, woman). Four (4) food composition tables were used to inform the food types included in the diets and the amounts of macro and micronutrients in them, namely: Brazilian Food Composition Table - TBCA (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; FOOD RESEARCH CENTER, 2020), Brazilian Food Composition Table - TACO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação, 2011), Food Composition Table (PHILIPPI, 2018) and Nutritional Composition Table of Food Types Consumed in Brazil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

The aforementioned tables were consulted in order of priority, from the most recent to the oldest one, by assuming that the most current ones would be more diversified and updated. Thus, TBCA was the priority table, and it was followed by the others whenever a certain food type was not found in it. These tables focused on including food types available in the Brazilian territory, in addition to take into consideration other aspects, such as easy preparation (due to physical limitations faced by individuals with COPD), diversified food colors, among others.

Dietary plans were built based on the following procedures: consulting the food to be included in them; selecting the desired weight; and converting it, based on the simple rule of 3, in order to find the composition of macronutrients (carbohydrates, proteins and lipids), micronutrients (sodium, calcium, zinc, selenium, vitamins C and E) and fibers observed in that food, since the adopted tables expressed these values in 100g/ml of food.

RESULTS

Table 1 shows the description of the elaborated diets: 50%LM and 50%LW comprised 2,259.1kcal (CHO: 180g, 31.9% and LIP: 130g, 51.9%) and 1,895.5kcal (CHO: 153g, 32.4% and LIP: 107g, 51.1%), respectively; 50%CM and 50%CW comprised 2,233.9kcal (CHO: 290g, 51.9% and LIP: 79.2g, 31.9%) and 1,885.2kcal (CHO: 241g, 51.3% and LIP: 67g, 32.2%), respectively. Whole grains were prioritized as carbohydrates' source, whereas monounsaturated and polyunsaturated fatty acid-rich food types were the main lipid sources.

The amount of protein planned for both sexes was 1.2g/kg of weight/day, it comprised 90g (men) and 77g (women) of protein/day, which corresponds to 16% of total needed calories. Priority



was given to high biological value-protein sources in the pyramid, such as fish, which should be consumed 4 times a week.

Given the large number of fruits and vegetables in the planned menus, the amount of fiber (50% LM, 27.7 g; 50% LW 25.1 g; 50% CM, 34.4 g; 50% CW, 24.4 g) reached the Recommended Dietary Allowances (RDA) (PADOVANI et al., 2006). Avocado, which is rich in lipids and fibers, was included in the 50% LM and 50% LW menus, despite the high amount of lipids observed in them. The food pyramid focused on individuals with COPD recommends that milk and dairy products should be consumed twice a week. This group is represented on the menus by ricotta cheese (breakfast and mid-afternoon snack), low-fat natural yogurt (mid-afternoon snack and supper), liquid skimmed milk (breakfast and dinner) and liquid whole milk (dinner). The option made for different food types in this group aimed at managing the amount of lipids in the menus and at reaching the recommended amount of calcium. Legumes should also be consumed twice a week, similar to recommendations for milk and dairy product intake. This group was represented in the planned menus by roasted peanuts, which are a source of protein, fiber and polyunsaturated lipids.

The amounts of sodium (50% LM, 1.822 mg; 50% LW, 1.565 mg; 50% CM 1046 mg; 50% CW, 905.1 mg) calcium (50% LM, 1.811 mg; 50% LW, 1.625 mg; 50% CM, 1.749 mg; 50% CW, 1.600 mg), selenium, zinc (50% LM, 11.8 mg; 50% LW, 9.7 mg; 50% CM, 10.9 mg; 50% CW, 9.8 mg) and vitamin E (50% LM, 15.9 mg; 50% LW, 13.1 mg; 50% CM, 8.8 mg; 50% CW, 7 mg) calculated in all four diets have reached the Recommended Dietary Allowances (RDA) (PADOVANI et al., 2006) for these micronutrients. However, the final selenium amount (50%LM, 495.6µg; 50%LW, 410.6 µg; 50%CM, 436.7 µg and 50%CW, 435.2 µg) was higher than the Tolerable Upper Intake Level (UL 400 µg) (PADOVANI et al., 2006). Given the incidence of red wine in the pyramid, and by following its guidelines, the amount of alcohol to be consumed by the investigated population was the same on all menus (16.5mg); it featured moderate alcohol intake (RONDANELLI et al., 2020).

Table 1. Dietary planning based on the food pyramid adapted to patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Meals	50% LM	50% CM	50% LW	50% CW
Breakfast:				
Coffee infusion	150ml – 1 ag	150ml – 1 ag	150ml – 1 ag	150ml – 1 ag
Liquid skimmed milk	100ml – ½ cup	100ml – ½ cup	100ml – ½ cup	100ml – ½ cup
Cinnamon powder	2g – 1 shallow ts	2g – 1 shallow ts	2g – 1 shallow ts	2g – 1 shallow ts
Ricotta cheese	50g – 1 L sl.	-	50g – 1 L sl.	-
Boiled egg	-	50g – 1 unit	-	50g – 1 unit
Cooked cassava	-	120g – 2 L pie.	-	50g – 1 M pie.
Chunky banana	-	75g 1 M unit	-	75g – 1 M unit
Oats in fine flakes	-	20g – 1 tsp	-	20g – 1 tsp
Papaya	120g – 1 M sl.	-	90g – 1 S sl.	-
Rolled oats	30g – 1 full tsp	-	20g – 1 tsp	-
Honey	12g – 1 tsp	7g – 1 ds	7g – 1 ds	7g – 1 ds



Mid-morning snack:				
Roasted cashew nuts	30g – 15 units	20g – 10 units	20g – 10 units	20g – 10 units
Brazil nuts	12g – 4 units	12g – 4 units	10g – 3 units	12g – 3 units
Mango	100g – 1 M sl.	-	80g – 1 S sl.	-
Melon	-	100g – 1 S sl.	-	100g – 1 S sl.
Lunch:				
Cooked brown rice	60g – 1 full rs	120g – 2 full rs	60g – 1 full rs	100g – 5 full tsp
Grated (raw) carrot	24g – 1 full tsp	-	12g – 1 shallow tsp	-
Saffron	2g – 1 shallow ts	-	2g – 1 shallow ts	-
Grilled sardine	-	75g – ½ L unit	-	60g – ½ M unit
Canned sardine (oil)	75g – 1 Dp	-	60g – ½ Netwp	-
Sliced tomato	30g	-	30g	-
Boiled potato	30g	-	50g	-
Stewed pumpkin	50g – 1 rs	60g – 1 lev. ss	50g – 1 rs	50g – 1 rs
Braised green cabbage	30g – 1 full tsp	-	30g – 1 full tsp	-
Boiled beetroot	36g – 2 tsp	-	36g – 2 tsp	-
Chayote	-	30g – 1 full tsp	-	30g – 1 full tsp
Baked okra	-	40g – 2 tsp	-	30g – 1 full tsp
Arugula	-	7g – 4 leaves	-	7g – 4 leaves
Chard	-	15g – 1 M leaf	-	15g – 1 M leaf
Sesame	10g – 1 shallow tsp	-	10g – 1 shallow tsp	-
Extra virgin olive oil	10ml – 1 tsp	10ml – 1 tsp	10ml – 1 tsp	10ml – 1 tsp
Braised zucchini	-	70g – 1 full ss	-	75g – 4 full tsp
Red wine	150ml – 1 ag	150ml – 1 ag	150ml – 1 ag	150ml – 1 ag
Melon	100g – 1 S sl.	-	100g – 1 S sl.	-
Orange juice	-	100ml – ½ cup	-	100ml – ½ cup
Mango	-	45g	-	45g
Pineapple	-	45g	-	45g
Mid-afternoon snack:				
Ricotta cheese	50g – 1 L sl.	30g – 1 S sl.	50g – 1 S sl.	30g – 1 S sl.
Mashed avocado	75g – 4 full tsp	-	50g – 3 tsp	-
Chopped white onion	20g – 1 tsp	-	20g – 1 tsp	-
Chopped tomato	20g – 1 tsp	-	20g – 1 tsp	-
Roasted peanuts	40g – 2 tsp	20g – 1 tsp	30g – 1 full tsp	-
Wholemeal sliced bread	-	50g – 2 sl.	-	50g – 2 sl.
Curly lettuce	-	7g – 1 M leaf	-	7g – 1 M leaf
Grated carrot	-	24g – 1 full tsp	-	24g – 1 full tsp
Low-fat natural yogurt	-	170g – 1 bowl	-	150g – 1 bowl
Papaya	-	100g – 1 S sl.	-	70g – ½ M sl.
Strawberry	-	60g – 3 M units	-	60g – 3 M units
Rolled oats	-	20g – 1 tsp	-	20g – 1 tsp
Dinner:				
Coffee infusion	150ml – 1 ag	150ml – 1 ag	150ml – 1 ag	150ml – 1 ag



Liquid skimmed milk	100ml – ½ cup	-	100ml – ½ cup	-
Liquid whole milk	-	100ml – ½ cup	-	100ml – ½ cup
Cinnamon powder	-	2g – 1 shallow ts	-	2g – 1 shallow ts
Sugar	8g – 1 shallow tsp	-	8g – 1 shallow tsp	-
Canned sardine (oil)	75g – 1 Dp	-	60g – ½ Netwp	-
Steamed spinach	40g – 2 tsp	-	40g – 2 tsp	-
Tomato	40g – 6 rod	-	40g – 6 rod	-
Extra virgin olive oil	10ml – 1 tsp	-	10ml – 1 tsp	-
Boiled cooking banana	-	150g – 2 M pie.	-	150g – 2 M pie.
Minas Fresh cheese	-	70g – 2 M sl.	-	70g – 2 M sl.

Supper:

Chopped avocado	-	90g – 3 full tsp	-	90g – 3 full tsp
Low-fat natural yogurt	170g – 1 bowl	-	150g – 1 bowl	-
Strawberry	60g – 3 M units	-	60g – 3 M units	-
Linseed (seed)	10g – 1 shallow tsp	-	10g – 1 shallow tsp	-
Grated dry coconut	9g – 1 shallow tsp	-	6g – 1 shallow ds	-

Fonte: Sampaio; Costa, 2022

Quantities were expressed in g/ml and cooking measurements. LM, lipids for men; LW, lipid for women; CM, carbohydrates for men; CW, carbohydrates for women. Cooking measurements: ag, “American glass”; Cup, cup; ts, teaspoon; sl., slice; L, large-size; M, medium-size; S, small-size; Unit, unit; pie., piece; tsp, tablespoon; full, full; ds, dessert spoon; rs, rice spoon; Dp, drained packaging; Netwp, net weight of the package; rod, round slices; ss, slotted spoon; lev.ss, leveled slotted spoon.

DISCUSSION

Based on the herein presented results, it is possible stating that the adopted menus were close to what was planned, and that they were in compliance with recommendations for individuals with COPD. The amount of calories in menus applied to adult men corroborated data available in the literature (ZANARDI; BENETTI, 2018), which recommends caloric intake ranging from 25 to 30 kcal/kg of weight/day, by taking into account the high energy expenditure experienced by patients with COPD. Protein intake remained within the range of 1.2g/kg of weight/day, which corresponded to 16% of energy needs. These data are in compliance with some studies (RONDANELLI et al., 2020; CHAMBANEAU et al., 2016) that established protein intake ranging from 1.2g/kg to 1.5g/kg of weight/day, or approximately 20% of energy needs, to help mitigating lean mass loss and preventing sarcopenia.

Lipid intake accounted for approximately 50% of the total caloric value established in two menus. It is recommended consuming high amounts of calories deriving from this nutrient, since it does not lead to significant increase in carbon dioxide (CO₂) production, in comparison to carbohydrates (RONDANELLI et al., 2020). Increasing nutrient quantity implies increasing dietary quality, with emphasis on polyunsaturated and monounsaturated sources. A study (NORWITZ et al., 2021) has shown an even higher lipid intake (70%), and its beneficial impact on reducing inflammatory markers and on improving lung function. Carbohydrate intake remained within the range of 50% of total caloric



value, in two menus. Studies available in the literature have shown that consuming high amounts of this nutrient can increase CO₂ production; however, some authors (ZANARDI; BENETTI, 2018) have suggested that higher caloric intake can be beneficial, mainly at early COPD stages.

As previously mentioned, fibers and all herein calculated micronutrients (in all menus) have reached the Recommended Dietary Allowances (RDA). Selenium, zinc, vitamin C and vitamin E are important antioxidant micronutrients, and their effects on improving lung function and inflammation markers are well-established in the literature (MARÍN-HINOJOSA et al., 2021). Selenium was the only mineral exceeding the Tolerable Upper Intake Level (UL 400 µg); among the signs and symptoms associated with selenium excess, one finds fatigue, which is capable of worsening COPD (COZZOLINO, 2020). Calcium intake helps preventing osteoporosis (RONDANELLI et al., 2021), whereas fiber intake plays essential role in the intestinal microbiota and, consequently, in mitigating inflammatory processes (MARÍN-HINOJOSA et al., 2021).

Although the diets described in Table 1 have met the proposed goal, it is necessary making some considerations. Legumes belong to a food group that is widely consumed in Brazilian diets; thus, lack of them in the elaborated diets could hinder patients' adherence to it, due to the cultural aspect. All menus comprised representatives of the milk and dairy group, which should be consumed twice a week, based on previously mentioned recommendations. Like legumes, milk and dairy products are widely consumed in Brazil; they comprise large amounts of calcium, whose importance in the herein investigated context was previously mentioned in the current work.

The intake of wine at lunch time aims at reaching the proposed alcohol intake recommendation. Based on the current results, alcohol intake on all menus can be featured as moderate. Although alcohol intake has deleterious effects on human health, moderate intake of it can be beneficial for patients with COPD (KALUZA et al., 2019). However, it is necessary taking into account individuals who do not drink alcohol (whether for religious reasons or due to addiction issues), and individuals have the alternative to drink whole grape juice. In addition, red wine is widely consumed and produced in Italy (the pyramid's place of origin); in other words, it is inserted in a context wherein it is consumed on a daily basis.

Based on the herein presented results, and on their discussion, it is pertinent mentioning some limitations of the current work. First, the mean weight used to calculate the menus may not represent the current population, since the herein adopted HBS was not the most up-to-date version and the current one did not provide data on population's weight and height. Second, because it is a hypothetical planning, conclusions in the current work refer to possibilities to guide future orientations and conducts. Finally, population studies based on controlled variables, such as population selection, intervention period, among others, should be conducted to assess the real effectiveness of the herein proposed diet, in practice.



CONCLUSION

The herein proposed diets, which were based on the food pyramid adapted to individuals with COPD, have anti-inflammatory and antioxidant properties. It is essential promoting this dietary therapy instrument in a context that takes into consideration patients' individual needs, lung disease features and follow-up by a multidisciplinary team. The herein proposed plans will help professionals in the nutrition field, since they enable adopting a conduct that is more compatible to the needs of individuals with COPD. In addition, they have evidenced that it is possible adapting the food pyramid, by taking into account the food types available in the context it is inserted in and by always respecting patients' biological individuality.

REFERENCES

- BACH-FAIG, Anna et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition, Wallingford*, v. 14, n. 12A, p. 2274-2284, dec. 2011. Doi: 10.1017/S1368980011002515. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22166184/>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- CHAMBANEAU, Antoine et al. Nutritional intake, physical activity and quality of life in COPD patients. *International Journal of Sport Medicine*, Germany, v. 37, n. 9, p. 730-737, Aug. 2016. Doi: 10.1055/s-0035-1569368. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27286177/>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- COZZOLINO, S. M. F. *Biodisponibilidade de nutrientes*. 6. ed. Barueri: Manole, 2020
- DEMÉTRIO, Franklin. Pirâmide alimentar para gestantes eutróficas de 19 a 30 anos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 23, n. 5, p. 763-778, out. 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000500007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/rn/a/mY4q5mH5TGcKcJqY5Qv7KTD/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de orçamento familiar 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Brasília, DF: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=245419&view=detalhes>. Acesso em: 10 out. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009; tabelas de composição nutricional dos alimentos consumidos no Brasil*. Brasília, DF: IBGE, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=250002&view=detalhes>. Acesso em: 10 out. 2021.
- KALUZA, Joanna et al. Alcohol consumption and risk of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective cohort study of men. *American Journal of Epidemiology*, Eagle, v. 188, n. 5, p. 907-916, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1093/aje/kwz020> Disponível em: <https://academic.oup.com/aje/article/188/5/907/5381971?login=true>. Acesso em: 10 out. 2021.



MARÍN-HINOJOSA, Carmen et al. Nutriepigenomics and chronic obstructive pulmonary disease: potential role of dietary and epigenetics factors in disease development and management. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, v. 114, n. 6, p. 1894-1906, 2021. Doi: 10.1093/ajcn/nqab267. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34477827/>. Acesso em: 10 out. 2021.

NORWITZ, Nicholas G. et al. Case report: ketogenic diet is associated with improvements in chronic obstructive pulmonary disease. *Frontiers in Medicine*, Shanghai, p. 1100, 2021. Doi: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.699427>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.699427/full>. Acesso em: 10 out. 2021.

PADOVANI, Renata Maria et al. Dietary reference intakes: application of tables in nutritional studies. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 19, n. 6, p. 741-760, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732006000600010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/YPLSxWFtJFR8bbGvBgGzdcM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

PEREIRA, Joice Queiroz; SANTOS, Bárbara Chaves; LIMA, Daniel Carvalho de. Desenvolvimento de uma pirâmide alimentar adaptada à população vegetariana brasileira. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v. 28, p. 1-15, 2021. Doi: <https://doi.org/10.20396/san.v28i00.8661750>. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8661750>. Acesso em: 10 out. 2021.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. *Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional*. 4. ed. Barueri: Manole, 2013.

RONDANELLI, Mariangela et al. Food pyramid for subjects with chronic obstructive pulmonary diseases. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Pavia, v. 15, p. 1435, 2020. Doi: 10.2147/COPD.S240561. Disponível em: <https://www.dovepress.com/food-pyramid-for-subjects-with-chronic-obstructive-pulmonary-diseases-peer-reviewed-fulltext-article-COPD>. Acesso em: 10 out. 2021.

RONDANELLI, Mariangela et al. *Nutrition, physical activity, and Dietary supplementation to prevent bone mineral density loss: a food pyramid*. *Nutrients*, Pavia. v. 14, n. 1, p. 74, 2021. Doi: <https://doi.org/10.3390/nu14010074>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/1/74>. Acesso em: 18 jan. 2022.

RONDANELLI, Mariangela et al. Food pyramid for subjects with chronic pain: foods and Dietary constituents as anti-inflammatory and antioxidant agents. *Nutrition Research Reviews*, Bethesda, v. 31, p. 131-151, 2018. Doi: 10.1017/S0954422417000270. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29679994/>. Acesso em: 10 out. 2021.

ROSLER, Giullia Cezar et al. Supplementation of omega 3 and vitamin D in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Revista Multidisciplinar da Saúde*, Fortaleza, v. 3, n. 3, p. 37-54, 2021. Disponível em: <https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/1791>. Acesso em: 10 out. 2021.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; FOOD RESEARCH CENTER. *Tabela Brasileira de Composição de Alimentos* (TBCA). Versão 7.1. São Paulo: USP: FoRC, 2020. Disponível em: <http://www.fcf.usp.br/tbca>. Acesso em: 18 jan. 2022.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 20 de fevereiro de 2022.

Aceito em 05 de maio de 2022.

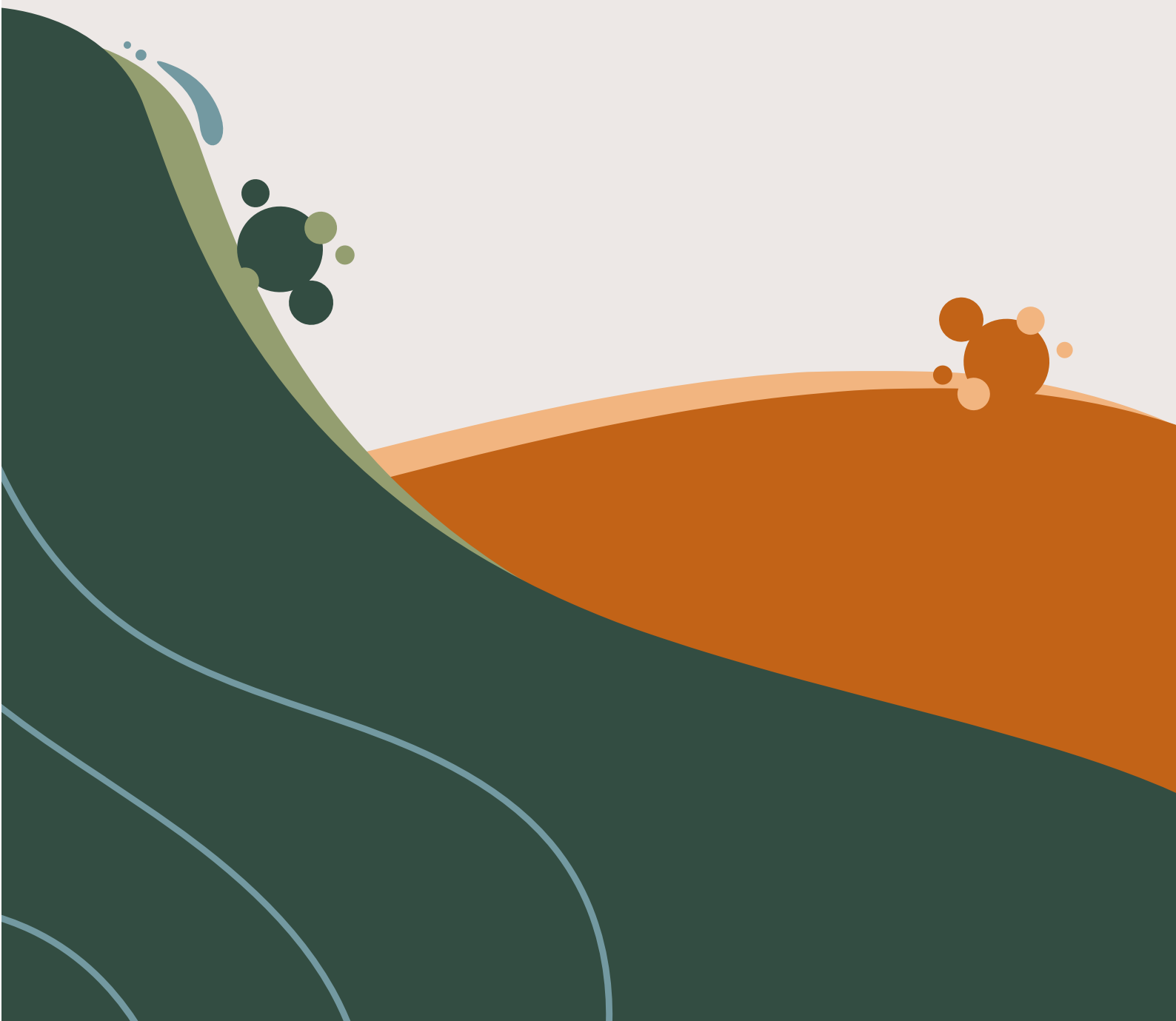
Publicado em 30 de junho de 2022.

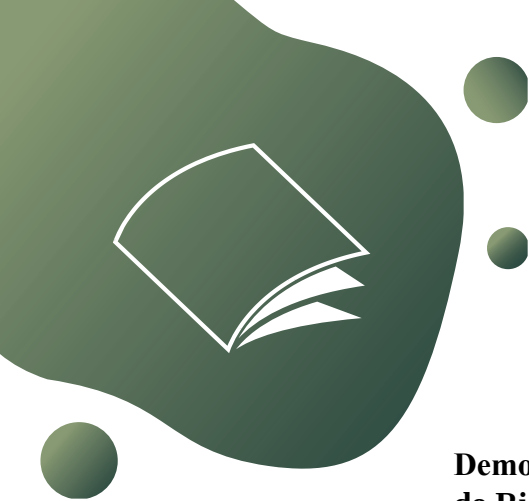
Como referenciar este artigo (ABNT):

SAMPAIO, Gabriel Souza de Oliveira; COSTA, Carlos Alberto Soares da. Diet proposition based on the food pyramid for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 286-296, 2022.



RESUMOS





Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-21>
<https://revista.ghc.com.br/>

Democracia e controle social: participação dos trabalhadores da saúde do Rio Grande do Sul nas Conferências de Saúde em 2019

Democracy and social control: participation of Rio Grande do Sul health workers in the 2019 Health Conferences

Gerusa Bittencourt¹
Érica Rosalba Mallmann Duarte²

¹ Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Enfermeira da Prefeitura de Porto Alegre no Pronto Atendimento Cruzeiro do sul. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2109-1162> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9931689412681744> E-mail: gerusa.bittencourt@portoalegre.rs.gov.br

² Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Escola de Enfermagem. Doutora em Engenharia da Produção - UFRGS Escola de Engenharia da Produção (2009). Aposentada desde maio de 2019. Contribuição de autoria: autores contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1792-327X> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6250901239372706> E-mail: ermduarte@gmail.com

RESUMO

A Participação social e a Democracia são elementos fundamentais na organização do sistema de saúde brasileiro. As conferências e os conselhos de saúde foram regulamentados em 1990, o que possibilitou a criação dos espaços de participação da população e de controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Estas são experiências reconhecidas pela literatura como inovadoras, entretanto, ainda temos muitos desafios para seu fortalecimento. Este estudo se propôs a analisar a participação dos trabalhadores da saúde na Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Etapa preparatória da 16ª Conferência Nacional de Saúde/CNS. Estudo de abordagem qualitativa que usou como método Estudo de Caso para consolidar suas conclusões a respeito do fenômeno que foi investigado. Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e registrado na Plataforma Brasil sob número de CAAE 14851419.0.0000.0008. Os achados buscaram ampliar o conhecimento sobre a temática da participação social e as políticas produzidas nesse espaço, especialmente sobre a inserção dos trabalhadores da saúde na construção do controle social do SUS no Estado do Rio Grande do Sul. O perfil sociodemográfico das/dos participantes da 16ª CNS e da 8ª CES/RS foram de mulheres, trabalhadoras na saúde e advindas de serviços públicos, sendo brancas no Rio Grande do Sul e pardas no Brasil. A faixa etária ficou entre 20 e 39 anos nos dois grupos. Em relação às propostas retiradas das conferências, todas as propostas da 8ª CES/RS foram absorvidas pela 16ª CNS. Na discussão dos eixos, democracia era o tema central. Financiamento esteve presente nas discussões de todos os eixos. Apesar das diferentes bandeiras e grupos participantes, houve convergência na defesa da luta pelo Referendo de revogação das EC 85/2015 e da EC 96/2016, além da contra reforma Trabalhista e da Previdenciária. Principais debates se deram em torno de propostas em defesa da democracia e manutenção dos conselhos de saúde. Defesa dos planos de carreira e atualização da tabela SUS. Além da discussão das políticas de saúde, num período pré pandemia. Das conclusões do estudo, o papel de controle social e seus posicionamentos se mostraram relevantes e a participação dos trabalhadores foi fundamental, tendo em vista este segmento ter sido o maior em número absoluto de pessoas presentes na 8ª CES.

Palavras-Chave: conferências de saúde; controle social; trabalhadores da saúde.

ABSTRACT

Social participation and democracy are fundamental elements in the organization of the Brazilian health system. The health conferences and councils were regulated in 1990, which enabled the creation of the spaces for population participation and social control in the Unified Health System (SUS, from the Portuguese *Sistema Único de Saúde*). These are experiences acknowledged by the literature as innovative; however, there are still many challenges to their strengthening. This study proposed to analyze the participation of health workers in the State Health Conference in Rio Grande do Sul. Preparatory step of the 16th National Health Conference (CNS, from the Portuguese *Conferência Nacional de Saúde*). This study employed a qualitative approach and used the Case Study method to consolidate its conclusions regarding the investigated phenomenon. This study is part of the research project entitled “*Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde*”, approved by the National Research Ethics Commission (CONEP) under CAAE No. 14851419.0.0000.0008 and Opinion No. 3.383.727. The findings sought to expand the knowledge on the theme of social participation and the policies produced in this space, especially about the insertion of health workers in the construction of the social control of the SUS in the state of Rio Grande do Sul. The sociodemographic profile of the participants in the 16th CNS and 8th CES/RS was the following: women who were health workers from public services and white in Rio Grande do Sul and brown in Brazil. The age range was from



20 to 39 years in both groups. Relative to the proposals taken from the conferences, all proposals from the 8th CES/RS were absorbed by the 16th CNS. In the discussion of the axes, democracy was the central theme. Funding was present in the discussions of all axes. Despite the different flags and participating groups, there was convergence in defense of the fight for the referendum to repeal EC 85/2015 and EC 96/2016, besides the labor-law and pension-law counterreforms. The main debates took place around proposals in defense of democracy and the maintenance of health councils. Defense of the career plans and updating of the SUS table. In addition to the discussion of health policies in a pre-pandemic period. From the conclusions of the study, the role of social control and its positions proved relevant, and worker participation was fundamental since this segment was the largest in the absolute number of people present at the 8th CES.

Keywords: health conferences; social control; health workers.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 24 de janeiro de 2022.

Aceito em 10 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

BITTENCOURT, Gerusa; DUARTE, Érica Rosalba Mallmann. Democracia e controle social: participação dos trabalhadores da saúde do Rio Grande do Sul nas Conferências de Saúde em 2019. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 298-299, 2022.





E-mail:
revista@ghc.com.br

Site:
www.revista.ghc.com.br

Fone:
(51) 3357-2823

