



CaEPS

Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde

ESCOLAGHC



2

Vol. 2, N°. 02
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

E-ISSN: 2764-2550

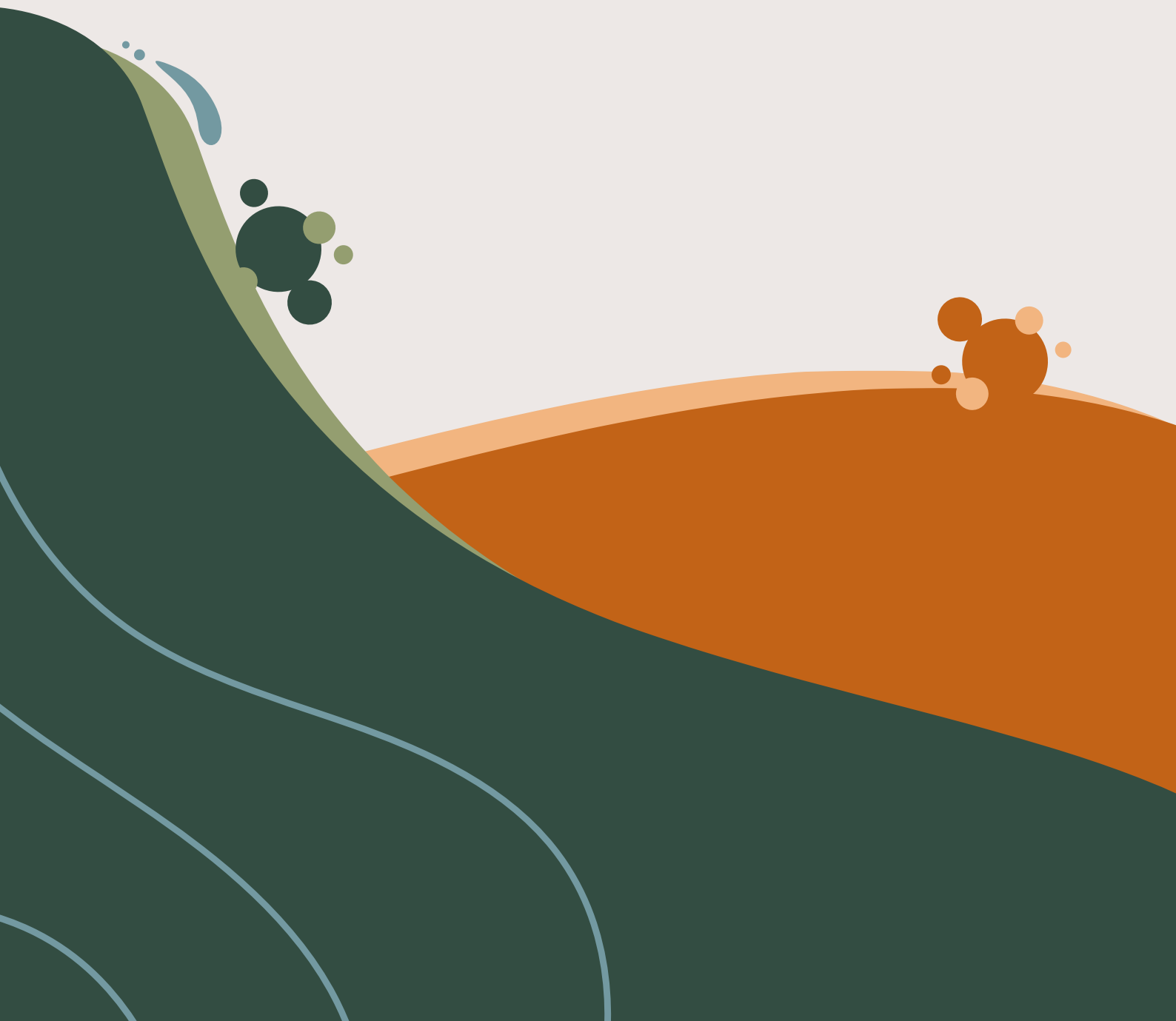
DOI: [10.29327/269776.2.2](https://doi.org/10.29327/269776.2.2)

revista.ghc.com.br

revista@ghc.com.br



SUMÁRIO



EDITORIAL

Problematizações sobre o Ensino e a Pesquisa na Saúde a partir do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 01 – 03

Rodrigo de Oliveira Azevedo
Daniel Demétrio Faustino-Silva
Elisandro Rodrigues

EDITORIAL CONVIDADO

Narrativas em Saúde como prática de cuidado 05 – 07

Marta Orofino
Elisandro Rodrigues

ARTIGOS ORIGINAIS

Vivendo com a Doença de Gaucher tipo 1: Narrativas do adoecimento com uma doença rara, crônica e “invisível” 09 – 30

Carolina Franco de Souza Toneloto

Perfil nutricional e acesso à terapia nutricional enteral de usuários assistidos por um serviço de atenção domiciliar do SUS Campinas 31 – 48

Ana Carolina Gualassi
Larissa Hara

Conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise 49 – 66

Rafaella Gomes Pinho Amorim
Analú Pedrosa de Souza Quirino
Maria Eduarda Magalhães de Menezes
Lais Batista de Lima
Ingridy Christian Araújo de Souza
Anna Karla de Oliveira Tito Borba

A educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil: desafios no contexto da pandemia da COVID-19 67 – 78

Juliana Magrini Bernardi
Félix Miguel Nascimento Guazina

Estrutura e espacialidade da APS em Santa Cruz do Sul/RS: um olhar a partir do perfil histórico-populacional 79 – 96

Rafaela Manetti Geisler
Irene Souza
Carina Louise Drescher
Gabriel Couto Machado
Henrique Ziembowicz
Daniela Cardoso Batista
Carolina Loebens Hinterholz
Marcelo Felipe Paul



Nathalia de Oliveira Abi
Isadora Fussiger Theissen
Isabela Frighetto
Janaína Carine Beling
Matheus Santos de Souza
Daniel Felipe Schroeder
Afonso Cima
Camilo Darsie

A judicialização da saúde na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS): uma análise dos processos judiciais relacionados às consultas especializadas no período de 2018 a 2019 97 – 112

Lariane da Silveira Maciazeki
Rosa Maria Levandovski

Atuação da vigilância do óbito infantil no contexto da pandemia do novo Coronavírus em uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco 113 – 125

Maria Margarida Gonçalves Diniz
Alcieres Martins da Paz
Lariane da Silveira Maciazeki
Kamila Thaís Marcula Lima

DIÁLOGOS COM A SOCIEDADE

Experiências com medicina narrativa no ensino médico 127 – 134

Luciana Andrade
Elainni Cristina Soares
Lucas Dain
Lara Paiva
Ana Mallet
David Kestenberg
Fátima Geovanini

La edad madura: La obra de Camille Claudel y la Medicina Narrativa 135 – 140

Ricardo Teodoro Ricci

En qué consiste “Humanizar la medicina”, ¿es eso posible? 141 – 145

Ricardo Teodoro Ricci

Ser preceptor no SUS: valorização para qualificação do ensino em serviço 146 – 153

Arturo Jordán

Educação em saúde no contexto da pandemia da COVID-19: um relato de experiência 154 – 172

Lazaro Ranieri de Macêdo
Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra
Talita Leite Beserra
Silvania Miranda da Silva



Implicações subjetivas acerca da finitude em pacientes oncológicos: relato de experiência à luz da psicanálise

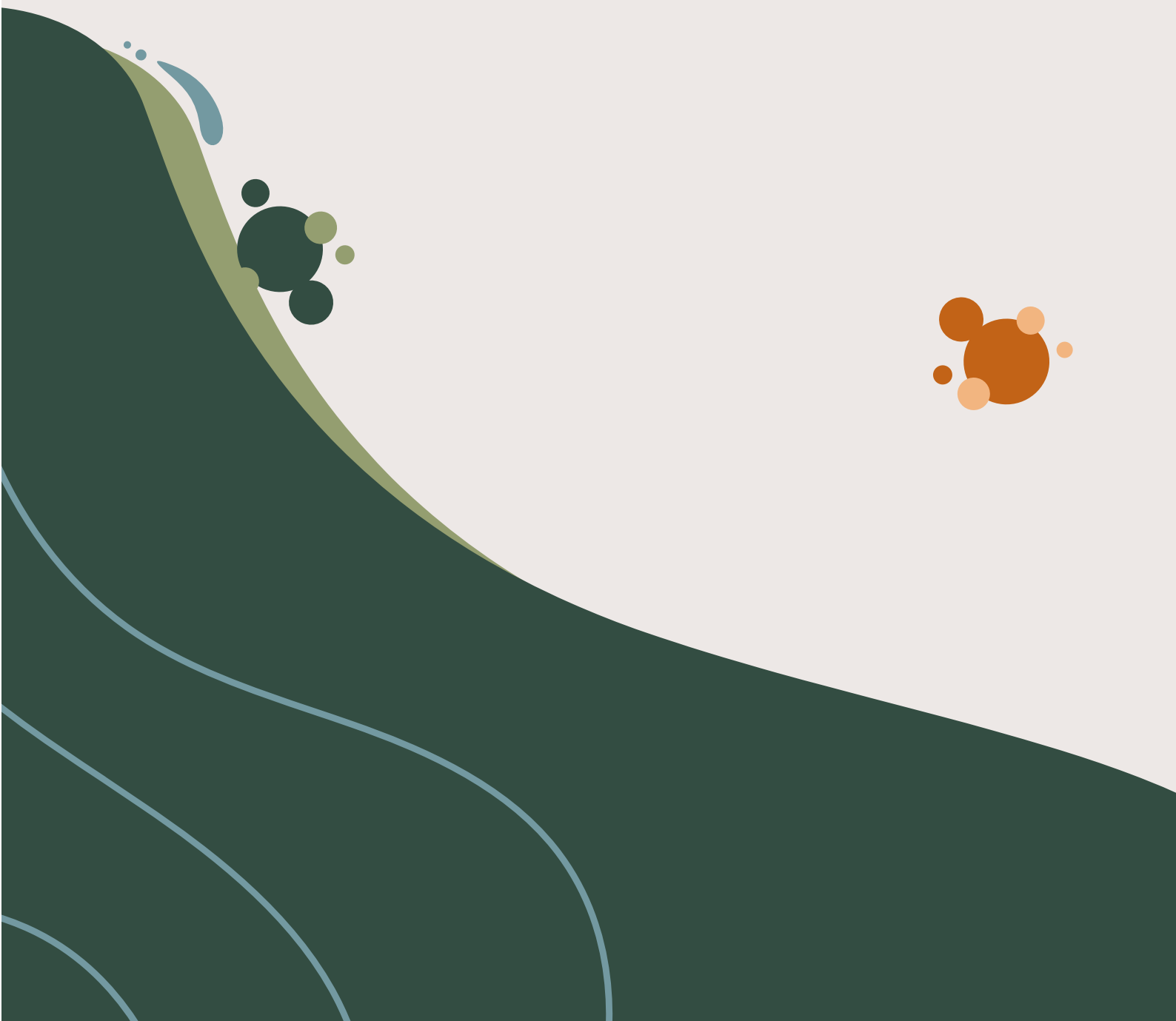
173 – 187

Lívia Thana Santana Loureiro

Rosita Angélica Gaspar

Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro

EDITORIAL





Problematizações sobre o Ensino e a Pesquisa na Saúde a partir do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Rodrigo de Oliveira Azevedo ¹
Daniel Demétrio Faustino-Silva ²
Elisandro Rodrigues ³

Entre os dias 21 e 24 de novembro de 2022, em Salvador, foi realizado o 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O Evento teve como tema *Democracia é saúde: diversidade, equidade e justiça social*. Por meio de diversas Comunicações Coordenadas, Mesas Redondas, Painéis e outras atividades, o Congresso pretendeu estimular reflexões e propostas que possam ser incorporadas à agenda da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia dos próximos governos Federal e Estaduais para que se avance na materialização de um Sistema Único de Saúde (SUS) efetivamente universal.

Assim, inspirados pelo Congresso, neste breve Editorial intentamos compartilhar algumas ideias gerais sobre possíveis modos de como o Ensino e a Pesquisa na Saúde podem contribuir para este propósito. Segundo a nossa concepção, compreende-se que a universalidade deve abranger, além de outros aspectos, o respeito à diversidade, a equidade e a justiça social. Nesse sentido, em sintonia com a Ministra da Saúde do Chile, Ximena Aguilera Sanhueza, que participou da Conferência de Abertura do Evento, pretendemos afirmar o entendimento de que a construção de um sistema de saúde universal pressupõe, minimamente, a integração de aspectos políticos – ou humanos, relacionais – com aqueles outros técnicos.

Desta forma, no que tange à pesquisa, do ponto de vista de recursos técnicos, científicos e humanos, a Pandemia da Covid-19 explicitou a capacidade em desenvolver vacinas em um tempo relativamente breve. Por outro lado, na perspectiva política, essas mesmas vacinas foram distribuídas mundialmente de maneira extremamente desigual entre os países mais ricos e os mais pobres. Por conseguinte, entende-se que a Pesquisa em Saúde deveria, além de prosseguir com o seu propósito de desenvolver tecnologias de naturezas diversas (medicamentos, equipamentos, procedimentos etc.) que ajudem

¹ 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.
<https://orcid.org/0000-0002-0734-7061>
<http://lattes.cnpq.br/7560240418281622>
arodrigo@ghc.com.br

² 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.
<https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>
<http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>
danielsilva@ghc.com.br

³ 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/EducaSaúde; 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.
<https://orcid.org/0000-0002-9146-4841>
<http://lattes.cnpq.br/4466204282399825>
relisandro@ghc.com.br



a promover a saúde humana, ocupar-se também em ajudar a compreender as práticas sociais que viabilizam o acesso aos serviços para determinada parcela da população e erigem barreiras, as quais se expressam como ausências, precariedades, discriminações e violências, para outra parcela - por vezes, até mesmo maior que a primeira.

Ademais, relembra-se que uma condição de saúde pode ser objeto de diferentes modelos terapêuticos, os quais podem proceder de culturas variadas. Sendo assim, conhecer essas diversas formas de cuidar, as quais são significativas para grupos populacionais específicos, deveria ser uma finalidade da Pesquisa em Saúde. Contudo, conforme referiu durante o Congresso João Arriscado Nunes, Pesquisador no Centro de Estudos Sociais e Professor Catedrático (aposentado) da Universidade de Coimbra em Portugal, precisaríamos pensar nos critérios que estamos utilizando para produzir e avaliar as tecnologias que não procedem de modelos identificados com a tecnociência. Ou, ainda, em outras palavras, será que práticas procedentes de culturas distintas não deveriam ser avaliadas a partir das suas respectivas racionalidades? Para tanto é essencial promover o encontro entre a academia e a comunidade onde está inserida. O advento da pandemia da Covid-19, de certa forma, forçou essa aproximação de modo que os cientistas de todo o mundo foram obrigados a parar as suas atividades diversas e somar esforços para contornar uma problemática da população mundial e do momento. Mas e agora, o modelo de produção científica voltará exatamente ao que era antes da pandemia?

Naquilo que concerne ao Ensino na Saúde, em primeiro lugar, pensa-se que esse não pode ser analisado de modo dissociado dos demais níveis de educação do nosso país. Neste sentido, em análise perspicaz, Saraiva (2022) escreve que, em tempos de disseminação das tecnologias digitais e das plataformas, por meio da educação em instituições privadas e públicas, têm-se vinculado predominantemente as noções de inovação e empreendedorismo à concorrência e à competição. No âmbito dos estudos foucaultianos, poder-se-ia caracterizar esse fenômeno como o indivíduo empresário de si mesmo, o *homo oeconomicus* (FOUCAULT, 2008) e, segundo comentam Dardot e Laval (2017), onde ocorre um sequestro das subjetividades para uma produção de sentidos que não incluem o outro. Isto é, precisamos inovar para vencer, superar e, por fim, eliminar o outro. Contudo, esse cenário não parece se coadunar com processos de formação que almejam egressos – os futuros profissionais da saúde – inclusivos e solidários. Em uma segunda perspectiva, ao se resgatar elementos anteriormente expostos, cogita-se que para o Ensino na Saúde não apenas se mantém o desafio de se constituir meios para o compartilhamento de modos de cuidar procedentes de culturas variadas assim como o de buscar sensibilizar os atuais e os futuros profissionais da saúde para se relacionarem de modo respeitoso com todas as pessoas que se apresentam, para eles, como “diferentes”.

Então, concebe-se que, além de outros fundamentos, um sistema de saúde efetivamente universal, que respeite a diversidade, seja equânime e socialmente justo, requer políticas de Ensino e Pesquisa na Saúde que articulem, coerentemente, as questões políticas e técnicas. Se faz necessário repensar modos de trabalhar com a formação para novas práticas narrativas e de cuidado de si, utili-



zando outra ideia de Michel Foucault, que surtam efeitos no cuidado em saúde da população. Urge, todavia, enfatizar que apenas isto não é suficiente. A consolidação do sistema de saúde não constitui responsabilidade exclusiva dos governantes, pois, conforme afirmado no parágrafo 2º, do artigo 2º da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990): “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. Portanto, quais são as nossas responsabilidades – a responsabilidade, o dever de cada um – em relação ao tema *Democracia é saúde: diversidade, equidade e justiça social*?

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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 dez 2022.

DARDOT, Pierre; LAVAL; Christian Laval. *A nova razão do mundo*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

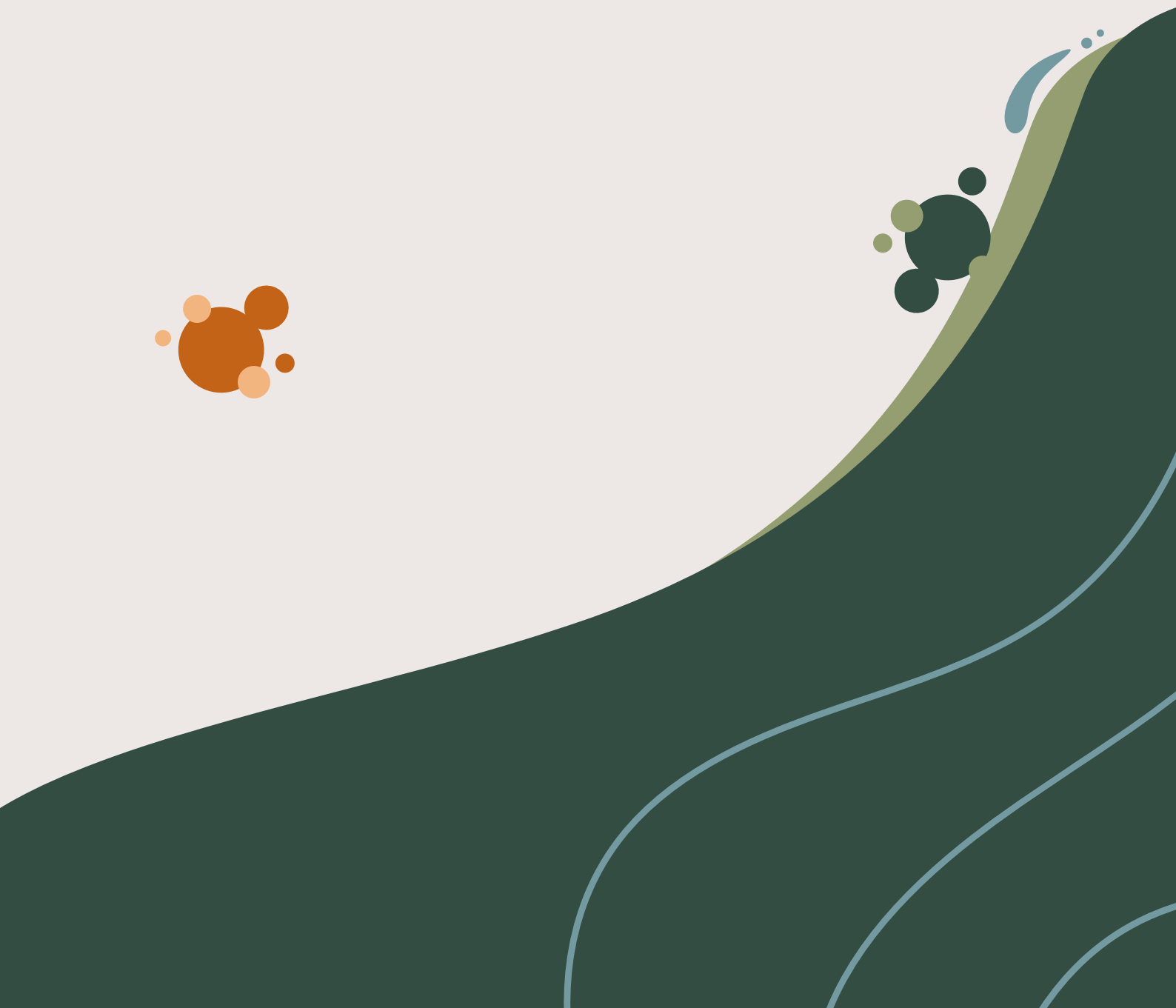
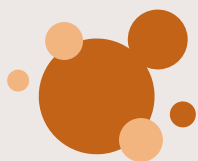
SARAIVA, Karla. Educação, trabalho e subjetividades: do trabalhador disciplinado ao morto de fome endividado. In: Clarice Salete Traversini; Elí Terezinha Henn Fabris; Haroldo de Resende; Sílvia Gallo [Orgs.] *Alfredo Veiga-Neto: modos de ser e pensar junto com Michel Foucault*. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022, p. 413-427.

Como referenciar este artigo (ABNT):

AZEVEDO, Rodrigo de Oliveira; FAUSTINO-SILVA; Daniel Demétrio; RODRIGUES, Elisandro. Problematizações sobre o Ensino e a Pesquisa na Saúde a partir do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 01-03, 2022.



EDITORIAL CONVIDADO





Narrativas em Saúde como prática de cuidado

Marta Orofino ¹
Elisandro Rodrigues ²

O uso de métodos narrativos que ajudem o trabalhador da saúde a operar novas possibilidades de contar e escutar sobre diversos horizontes e perspectivas de histórias de vidas não é novo na humanidade, pois “desde o célebre triângulo hipocrático – médico/doença/doente – que a narrativa da doença por parte do último foi reconhecida como elemento integrante do encontro clínico. Não se trata, pois, de novidade” (FERNANDES, 2014, p. 289-290).

São vários os elos que podemos traçar entre a produção do cuidado e humanidades, colocando em destaque a literatura. De entre muitos, podemos lembrar a extensa obra do psicanalista Sigmund Freud, construída na trama de relatos da sua experiência clínica e os estudos a partir de obras literárias - principalmente as de Goethe e Shakespeare - bem como de mitos, lendas e contos populares (TEIXEIRA, 2005).

Identificamos nas duas últimas décadas um novo movimento de aproximação do uso das narrativas e a ética da prática do cuidado em saúde, onde a percepção acerca da singularidade de cada caso emerge do ato de narrar. Deve-se a isso, em certa medida, o trabalho realizado em torno do conceito de Medicina Narrativa (MN) enquanto ferramenta de lidaç o com as humanidades em saúde.

O conceito de Narrativa em Saúde começou a aparecer no início dos anos 80. A partir da década de 1990, a médica e linguista norte-americana Rita Charon inaugura um novo estudo das narrativas neste campo. Com o entendimento de que a prática médica exige uma competência narrativa, ou seja, uma capacidade de identificar e representar a passagem do tempo e recapitular acontecimentos a partir das histórias contadas pelos pacientes, para que uma relação empática e cuidadosa seja construída, Charon lança mão dos estudos da Literatura como ferramenta para subsidiar o desenvolvimento de habilidades de leitura e interpretação no diálogo com o paciente, bem como a percepção dos próprios desafios do exercício profissional.

Criadora do termo *Narrative Medicine* (NM) para se referir a uma metodologia que aposta em uma prática médica centrada no paciente, em sua escuta com atenção e empatia, Charon (2006, p. 07) define a MN como “a prática médica voltada para competências narrativas que buscam reconhecer as histórias das doenças, absorvê-las, interpretá-las e ser tocadas por elas”. Assim, inaugura em 2000, na Universidade de Columbia, o Programa *Narrative Medicine*, onde destaca a relevância do conhecimento narrativo para

¹ Doutora em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2017). Terapeuta Ocupacional e líder do grupo de Pesquisa Narrativas em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição. Desenvolve processos educacionais para profissionais de saúde vinculado Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital S rio Liban es.
<https://orcid.org/0000-0002-0841-7308>
<http://lattes.cnpq.br/0767719744045953>
martaorofino@gmail.com

² Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Sa de. Pedagogo; Doutor em Educa o [Unisinos]; Mestre em Sa de Coletiva [UFRGS]; com Resid ncia em Sa de Mental Coletiva pela UFRGS/EduSa de; Especialista em Educa o em Sa de Mental Coletiva [UFRGS]; Especialista em Tecnologias da Informa o e da Comunica o Aplicadas   Educa o [UFSM]. Orientador de trabalhos de conclus o de curso da Escola GHC (Resid ncia, especializa es, cursos t cnicos). T cnico em Educa o na Escola GHC - Grupo Hospitalar Concei o.
<https://orcid.org/0000-0002-9146-4841>
<http://lattes.cnpq.br/4466204282399825>
relisandro@ghc.com.br



o diagnóstico e sugere que a prática médica deva incluir a competência de interpretar as histórias de doença a fim de melhor atender à experiência pessoal. A partir deste momento a NM é reconhecida enquanto uma nova área interdisciplinar – compartilhada e aplicada em países como os EUA, o Canadá, Reino Unido e Portugal - oferecendo uma moldura de humanização na resposta à doença e ao sofrimento, complementar aos desenvolvimentos da Medicina Baseada na Evidência. Para Charon (2017) a MN tem seu início como uma rigorosa disciplina intelectual e clínica voltando a pensar a assistência médica no momento em que se reconhece, absorve e interpreta as histórias de outras pessoas. Nasce de um movimento que busca trabalhar com outra perspectiva no campo de uma medicina reducionista e fragmentada que pouco vê as singularidades. Charon (2017) escreve “as habilidades narrativas tem o poder de melhorar os cuidados de saúde”.

A Narrative Medicine (NM) (CHARON, 2001), ou Medicina Narrativa (MN) - como utilizada no Brasil e em Portugal -, busca reconhecer que avanços da ciência médica, por si só, não fornecem todas as bases e respondem às necessidades que a complexidade de um genuíno e profícuo encontro entre pacientes e profissionais demanda, podendo o campo das humanidades trazer boas e significativas contribuições (FERNANDES, 2014).

No Brasil, a proposta do método anglosaxônico de Charon não dá conta da complexidade envolvida no encontro clínico pautado por uma Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como da articulação das práticas ao debate em curso acerca do processo de formação de profissionais da área da saúde. No SUS, desde o seu início, anterior a aprovação da Constituição Federal de 1988 e, posterior regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90 -, a prática do cuidado em saúde direcionou-se para conceitos que envolviam a escuta qualificada através da universalidade do acesso e da integralidade da assistência. Para Deleuze (1997) a literatura surge como uma tarefa de saúde que vem dos movimentos de registrar a vida no cotidiano, o que se vê e se escuta, que abre passagem para novas produções de sentidos. O trabalho humanizado no SUS parte, em grande parte, desse registrar e compartilhar o vivido nos espaços de saúde.

Atualmente, o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes que valorizem o olhar para o sujeito e suas necessidades é preconizado por meio de princípios e diretrizes comuns às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde. Neste contexto, entendemos que no campo da saúde as possibilidades de narrativas são múltiplas, reforçando uma prática clínica humanizada, fortificada pela capacidade de sabermos o que se pode fazer com as histórias que se escuta. É uma prática complementar ao fazer clínico, que auxilia na compreensão das consequências que as histórias, que são contadas, nos entendimento de que a prática do cuidado em saúde exige uma competência narrativa, atendimentos, podem produzir outros efeitos no tratamento e no cuidado em saúde.

Mais do que aproximar o campo das humanidades aos processos de cuidado em saúde, a proposta é seguir promovendo encontros entre todos os agentes, sujeitos narradores que compartilham seus saberes, experiências e expectativas sem abrir mão da objetividade que é o trabalho em saúde - ou seja, de resolver problemas, construir objetos, conjuntamente, para uma intervenção transformadora.

Em uma entrevista realizada em 2010, que encontra-se disponível no site da Rede Humaniza SUS com o título “Medicina Narrativa”, Rita Charon comenta que MN é uma prática clínica fortificada pela capacidade de sabermos o que fazer com as histórias. Nesta entrevista conta que o nome surgiu nos meados dos anos 2000 quando procurava um título para um artigo que escrevia e que iria nomear de hemisfério narrativo da medicina mas que não achou o nome interessante, diz que poderia ter usado outras expressões como Saúde Narrativa ou Cuidados de Saúde Narrativos por que a prática



narrativa não é de exclusividade dos médicos. Charon afirma que manteve o nome Medicina Narrativa por ser médica e pelo programa ter iniciado em um Departamento de Medicina da Universidade de Columbia.

Dessa forma, se faz importante, ampliarmos a compreensão semântica do conceito de Medicina Narrativa para todo o campo e área da saúde. Pensar, quem sabe, balizados pelas práticas desenvolvidas desde antes da criação do SUS, em Narrativas em Saúde para qualificar o processo de cuidado em saúde ancorados pela prática literária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei 8080 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. 18055-18059, 20 de setembro de 1990; BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

CHARON, Rita. Narrative and medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA*, October 17, 2001-vol 286, Nº.15.

CHARON, Rita. Narrative medicine: honouring the stories of illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.

CHARON, Rita; et. al.. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2017.

DELEUZE, Gilles. *Crítica e Clínica*. São Paulo; Ed. 34, 1997.

FERNANDES, Isabel. A pertinência da Medicina Narrativa na prática clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2014, vol.30, n.5.

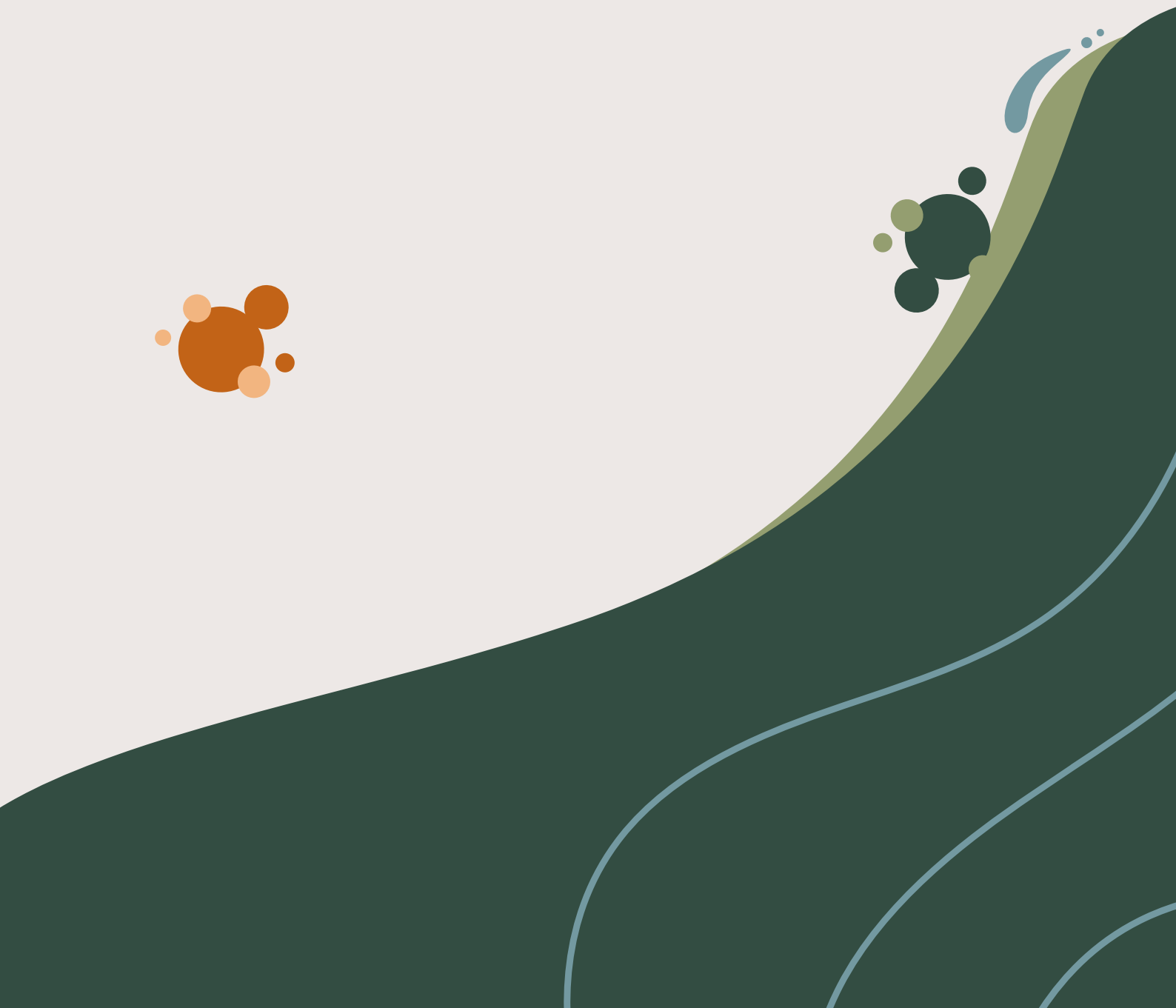
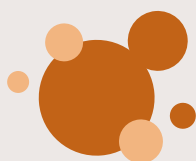
TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. O lugar da literatura na constituição da clínica psicanalítica em Freud. *Psyche (Sao Paulo)*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 115-132, dez. 2005.

Como referenciar este artigo (ABNT):

OROFINO, Marta; RODRIGUES, Elisandro. Narrativas em Saúde como prática de cuidado. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 05-07, 2022.



ARTIGOS





Vivendo com a Doença de Gaucher tipo 1: narrativas do adoecimento com uma doença rara, crônica e ‘invisível’

Living with Gaucher Disease Type 1: narratives of falling ill with a rare, chronic, and ‘invisible’ disease

Carolina Franco de Souza Toneloto ¹

RESUMO

O objetivo deste artigo é o de tentar evidenciar as diferentes formas de viver e de compreender a Doença de Gaucher tipo 1, uma doença rara, crônica, e, muitas vezes, “invisível”, revelando as singularidades destas experiências através das narrativas elaboradas pelos adoecidos. A pesquisa que o originou foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro norteador, que produziram as narrativas aqui expostas. Os entrevistados foram contatados de modo intencional, por meio da técnica da ‘bola de neve’ (*snowball*). Das entrevistas obtidas, três foram escolhidas como estudos de caso. Os principais temas que emergiram destas narrativas foram: a importância do diagnóstico; as particularidades da rotina imposta pelo tratamento de reposição enzimática; e as singularidades no manejo das informações relativas à Doença de Gaucher tipo 1 e à atuação do tratamento no organismo. Estas narrativas demonstraram que os adoecidos são portadores de um tipo específico de conhecimento, que, por estar atrelado a interesses práticos, pode ampliar os interesses da comunidade científica sobre este adoecimento e melhorar a qualidade dos serviços direcionados a estas pessoas, cujas vozes merecem continuar a ser ouvidas e ainda melhor compreendidas em estudos posteriores.

Palavras-chave: narração; doenças raras; pesquisa qualitativa; Doença de Gaucher.

ABSTRACT

This article aimed to highlight the different forms of living and understanding Gaucher Disease Type 1, a rare, chronic, and often “invisible” disease, revealing the specificities of these experiences through the narratives elaborated by the patients. The originating research was carried out through semi-structured interviews guided by a script, which produced the narratives. The interviewees were contacted intentionally through the ‘snowball’ technique. Three interviews were chosen as case studies. The primary themes that emerged from these narratives were the importance of diagnosis, the specificities of the routine imposed by enzyme replacement treatment, and the singularities in the management of information related to Gaucher Disease Type 1 and the performance of treatment in the body. These narratives demonstrated that the sick are carriers of a specific type of knowledge, which, because it is linked to practical interests, can broaden the interests of the scientific community regarding this illness and improve the quality of services directed to these people, whose voices deserve to be heard and even better understood in subsequent studies.

Keywords: narration; rare diseases; qualitative research; Gaucher disease.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é o de tentar evidenciar as diferentes formas de viver e de compreender a Doença de Gaucher tipo 1, uma doença rara, crônica, e, muitas vezes, “invisível”, revelando as singularidades destas experiências através das narrativas elaboradas pelos adoecidos.

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); professora no curso de graduação em Pedagogia da Fundação de Ensino Superior de Bragança Paulista (FESB).

<https://orcid.org/0000-0001-7673-1561>

<http://lattes.cnpq.br/3835807606202895>

fst.lina@gmail.com

A Doença de Gaucher

A Doença de Gaucher é considerada um erro inato do metabolismo, e a mais comum dentre as doenças do depósito lisossômico conhecidas (SUN, 2018). É uma doença genética, autossômica e recessiva, hereditária, crônica e progressiva, causada pela deficiência (ou incapacidade) do organismo em produzir uma enzima, chamada de beta-glucosidase ácida, ou glucocerebrosidase. (GRABOWSKI *et al.*, 2006).

As ‘células de Gaucher’ (macrófagos que parecem ‘inchados’ quando vistos no microscópio, por conta do acúmulo de glucocerebrosídeo em seu interior), muito características deste adoecimento, acumulam-se principalmente nos tecidos do fígado, baço, pulmão e medula óssea dos adoecidos, porque são locais ricos em macrófagos. A presença de células de Gaucher substituindo células normais no organismo faz com que os órgãos afetados aumentem de tamanho, e tenham suas funções alteradas (BARIS *et al.*, 2015).

A Doença de Gaucher é classificada em três tipos, de acordo com o grau de envolvimento neurológico (ROSENBLOOM *et al.*, 2013). O tipo 1 é caracterizado como sendo a forma não-neuronopática, e os tipos 2 e 3 são classificados como sendo formas neuronopáticas, com manifestações sintomáticas mais graves (GRABOWSKI, 2008).

Os sintomas da Doença de Gaucher tipo 1 são viscerais (hepatomegalia, esplenomegalia), hematológicos (anemia, leucopenia, plaquetopenia) e ósseos (dores ósseas, osteopenia e osteoporose) (DANDANA *et al.*, 2015). Nas manifestações mais graves da doença (Doença de Gaucher tipos 2 e 3) persiste também o acúmulo de glicocerebrosídeo nos tecidos do sistema nervoso central, causando, além das manifestações sintomáticas apresentadas pelo tipo 1, graus variáveis de comprometimento neurológico (GRABOWSKI, 2008). Vale lembrar que a apresentação destes sinais e sintomas costuma ser heterogênea, e variar de pessoa a pessoa, bem como a faixa etária deste diagnóstico (STONE; BASIT; MASTER, 2022).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença de Gaucher, em 2017 havia 670 pacientes em tratamento no Brasil (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017). Atualmente, e por conta do aumento da densidade populacional brasileira, já deve haver mais de 1.000 casos diagnosticados no Brasil (BREIGEIRON *et al.*, 2018). Na população em geral, a incidência da Doença de Gaucher é de aproximadamente 1 / 40.000 a 1 / 60.000 nascimentos, aumentando para 1/800 em judeus de origem ashkenazi (STIRNEMANN *et al.*, 2017). A prevalência da Doença de Gaucher tipo 1 é de 1,5: 100.000 nascimentos (o que corresponde a 95 % dos casos); do tipo 2 é de 0,2: 100.000 (0,1 a 0,2 % dos casos); e do tipo 3 é de 0,1: 100.000 (0,1 dos casos) (WANG *et al.*, 2022).

Assim que o diagnóstico da Doença de Gaucher tipo 1 é obtido (preferencialmente por meio de um exame que mede a atividade da enzima beta-glicocerebrosidase no sangue, que, depois de colhido é esfregado em um papel especial e enviado à análise bioquímica), o adoecido é orientado



a proceder o tratamento medicamentoso, para prevenir ou minimizar os principais sintomas deste adoecimento (NALYSNYK *et al.*, 2016). Há duas formas de tratamento disponíveis: a terapia de reposição enzimática (TRE), e a terapia de redução do substrato (TRS). Estas duas terapêuticas atuam de maneiras diferentes no organismo e distinguem-se quanto à sua prescrição: a TRE é aplicada por meio de infusões quinzenais, em ambientes hospitalares, e a TRS é ministrada em forma de comprimidos, ingeridos diariamente (MISTRY *et al.*, 2017). Tanto a TRE quanto a TRS são compostas por medicações de alto custo, que são disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Do total de adoecidos diagnosticados e em tratamento no Brasil em 2017, aproximadamente 96% faziam uso de TRE, e 4% da TRS. De acordo com o protocolo de tratamento brasileiro, a terapia de redução do substrato não deve ser a primeira linha de tratamento a ser prescrita. Apenas os portadores da Doença de Gaucher de tipos 1 e 3 que sejam maiores de 18 anos, e pessoas que eventualmente apresentem hipersensibilidade, efeitos adversos graves, ou quadros clínicos instáveis durante o tratamento com a terapia de reposição enzimática é que podem se qualificar para receber a terapia de redução do substrato (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

Há muitas pessoas com Doença de Gaucher tipo 1 assintomáticas ou pouco sintomáticas, que podem passar boa parte da vida (ou a vida toda) sem receber qualquer diagnóstico (FERREIRA *et al.*, 2011). A invisibilidade de sintomas é geralmente evidente em indivíduos que aderem ao tratamento de reposição enzimática (MISTRY *et al.*, 2017), gerando questionamentos, como as narrativas deste estudo vieram a demonstrar.

Um adoecimento crônico

A Doença de Gaucher tipo 1, além de rara, é também crônica. É uma doença que, atualmente, não possui cura, mas que, como já foi dito, pode ser controlada pelo uso de medicações de uso contínuo.

Para as ciências sociais, o conceito de ‘doença crônica’ refere-se a uma realidade que envolve a totalidade da vida dos adoecidos, e que origina formas de conhecimento personalizadas sobre a doença e seus tratamentos, com informações apropriadas do saber científico que passam a ser reinterpretadas e ressignificadas ao longo do tempo (BURY, 1991). É fato que o adoecimento de longa duração traz consequências às biografias dos sujeitos, que aprendem a lidar e a conviver com sintomas e tratamentos de longo prazo, que passam a ganhar significados e importâncias variáveis de acordo com os diferentes contextos socioculturais em que os adoecidos se inserem (CANESQUI, 2007).

De acordo com as relações estabelecidas pelos adoecidos entre o significado, o tempo e o contexto de seu adoecimento (WILLIAMS, 2000), a enfermidade crônica pode representar uma “ruptura biográfica” à sua vida cotidiana e à sua individualidade, alterando o relacionamento com seu corpo, sua subjetividade (ou *self*) e com a realidade social à sua volta (BURY, 1982). A partir do diagnóstico, o adoecimento crônico passa a incitar processos de negociação da própria identidade, atuando



como um importante elemento na vida cotidiana e na mediação das relações sociais dos adoecidos (CASTELLANOS, 2014). Por este motivo, os estudos socioantropológicos sobre os adoecimentos crônicos requerem pontos de vista multidimensionais (CANESQUI, 2007) e interdisciplinares (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002) para ajudar a conferir visibilidade e incrementar as demandas destas pessoas junto à sociedade, além de destacarem as dimensões subjetivas e intersubjetivas das experiências com o adoecimento (HERZLICH, 2004).

Um adoecimento invisível

Os portadores da Doença de Gaucher tipo 1 experimentam melhoras significativas em seu estado de saúde a partir do momento em que iniciam o tratamento de reposição enzimática, apresentando reversões rápidas de muitos dos sintomas existentes antes do diagnóstico (MISTRY *et al.*, 2017). Este processo de invisibilização dos sintomas, e de certo modo, da própria doença, pode fazer com que seus portadores vivenciem episódios de deslegitimação de suas experiências e necessidades no cotidiano, especialmente por parte daqueles que desconhecem as características desta condição (JOACHIM *et al.*, 2003). Isto engendra, nas narrativas deste adoecimento, uma certa ‘aflição narrativa’ (LAVIE-AJAYI; ALMOG; KRUMER-NEVO, 2012): uma batalha, travada pelos adoecidos, para elaborar, ao mesmo tempo e de acordo com as circunstâncias, narrativas em que buscam ignorar a sua condição de adoecidos, e narrativas em que reconhecem esta enfermidade, sob o ônus de acabar dando início a processos de estigmatização e de despromoção de sua identidade (JOACHIM *et al.*, 2000).

A alfabetização (ou literacia) em saúde, pode ser uma importante ferramenta para o enfrentamento destes processos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, este conceito refere-se à possibilidade de as pessoas ‘acessarem, compreenderem, avaliarem e usarem informações e serviços’ para promoverem e manterem uma boa saúde, para si mesmas e para os outros ao seu redor (OMS, 2021). Desta forma, quanto maior o grau de alfabetização em saúde de uma pessoa, mais ela terá condições de tomar decisões adequadas para o seu bem-estar. Por isso, a alfabetização em saúde é também ‘um importante marcador da desigualdade’ entre as pessoas (PAVÃO *et al.*, 2021).

É geralmente no momento do diagnóstico que os indivíduos tomam conhecimento da existência da Doença de Gaucher pela primeira vez, e recebem as primeiras informações referentes às características deste adoecimento, seu prognóstico e seus tratamentos. Emerge, a partir daí, o significativo papel dos médicos e de outros profissionais de saúde que acompanharão a trajetória destes enfermos, coordenando a complexa gestão de seu tratamento. A qualidade destas alianças terapêuticas pode fazer com que os adoecidos possam se envolver mais proativamente nos processos de tomada de decisão sobre sua saúde (MERKER *et al.*, 2021), aumentando sua resiliência (NÁFRÁDI *et al.*, 2017), e produzindo impactos positivos sobre a aderência às terapias propostas (SUCUPIRA *et al.*, 2007).

Por isso, Charon (2001) aponta para a necessidade de estudantes e profissionais da área da



saúde estarem sempre atentos às ‘dimensões narrativas’ da medicina. Tais dimensões incluem o desenvolvimento de habilidades como a ‘leitura atenta’, a ‘escrita reflexiva’ e o ‘discurso autêntico’, para que possam oferecer cuidados mais ‘precisos, engajados, autênticos e eficazes’ aos doentes. Ao ouvir (ou ler) com atenção o que os adoecidos têm a dizer, os profissionais de saúde podem contribuir com a legitimação de suas experiências, e compreender melhor os diversos modos pelos quais eles conduzem as suas vidas cotidianas. Tourette-Turgis (2016) reconhece, ainda, que a experiência com o adoecimento é também um tipo de conhecimento de inestimável valor, capaz de apontar caminhos e direções a serem tomadas de maneira coparticipativa (entre adoecidos e equipe de saúde), e de ampliar o conhecimento sobre as necessidades, as demandas e os cuidados adotados pelos enfermos para o gerenciamento de suas vidas.

Narrativas do Adoecimento

Para Schütz (1979), o Senso Comum é o terreno, por excelência, em que se desenvolvem as ideias e as práticas que permeiam as estratégias e as formas de lidar com os acontecimentos. Inspirado na Fenomenologia de Schütz, Alves (1993) afirma que a experiência da enfermidade se assenta sobre os sistemas de referência do senso comum, que, por sua vez, legitimam os comportamentos individuais por meio de crenças e quadros de referência coletivos. Para o autor, a experiência do adoecimento é um fenômeno intersubjetivo, moldado pelo conhecimento do senso comum, podendo ser expressa e compartilhada por meio das histórias contadas pelos adoecidos.

Kleinman (1988) elaborou, pela primeira vez na literatura socioantropológica, a expressão *illness narratives*. Para ele, o ato de contar histórias é uma forma significativa pela qual os adoecidos podem materializar e dotar de sentido o sofrimento causado por seu adoecimento. As narrativas do adoecimento prestam-se à escuta e à análise das histórias dos adoecidos sobre sua experiência com a enfermidade (HYDÉN, 1997), oferecem um rico ‘contexto de significados’ (SCHÜTZ, 1979) para as ações desempenhadas frente à doença e seus tratamentos, tendo o potencial de demarcar o seu lugar junto a outras formas de conhecimento sobre este processo, como o saber científico e o senso comum.

Bruner (1991) afirma que as narrativas são uma versão da realidade. Sendo assim, não há necessidade de verificações empíricas sobre seu conteúdo, de qualificar as histórias como verdadeiras ou falsas, ou de esmiuçar o modo como o texto foi construído. A tarefa do cientista deve ser a de analisar o modo como as narrativas operam como instrumentos mentais de construção da realidade.

Polkinghorn (1988) afirma que as narrativas são ‘esquemas de significados’ pelos quais as pessoas dotam de sentido e de temporalidade as suas ações. Tais histórias possibilitam a compreensão do propósito da vida e das ações cotidianas, dotam de significado os episódios específicos da vida de cada pessoa, e oferecem entendimento aos eventos passados e o planejamento para ações futuras.

Mishler (2002) afirma que as narrativas devem ser analisadas à luz da ‘mão dupla do tempo’, uma vez que: ‘o passado não está gravado em pedra, e o significado dos eventos e experiências está



constantemente sendo reenquadrado dentro dos contextos de nossas vidas (...).’ (MISHLER, 2002, p. 105). Neste processo contínuo de influência do tempo sobre as narrativas, Bury (2001) salienta a importância dos ‘pontos de virada’ biográficos: ‘incidentes que muitas vezes ocorrem de modo repentino e inesperado’ (BURY, 2001, p. 107): ações que, quando narradas, mostram que o passado está sendo constantemente lembrado e reinterpretado à luz dos acontecimentos presentes e das expectativas de futuro. O autor ressalta que, sob condições de adversidade, as pessoas sentem necessidade de reexaminar e de recontar as suas histórias de vida, na tentativa de manter um sentido de identidade diante das rupturas biográficas vivenciadas. Neste processo, o adoecido constrói e reconstrói sua própria identidade ao posicionar-se nestes roteiros, continuamente.

Diante do sofrimento, faz-se necessário tentar ‘ouvir o indizível’, como recomendam alguns autores preocupados com este fenômeno (MAKAROFF; SHEILDS; MOLZAHN, 2013; WERNER; ISAKSEN; MALTERUD, 2004), e buscar nas entrelinhas das narrativas do adoecimento onde possam repousar os pontos mais sensíveis destas experiências.

Tipologias Narrativas

As ‘tipologias narrativas’ são um modo específico de classificar as narrativas do adoecimento já bem conhecidas e utilizadas em pesquisas na área das ciências sociais em saúde sobre a experiência do adoecimento, e que cabe ser exposta nesta Introdução.

Num dos primeiros estudos sobre esta temática, Robinson (1990) argumenta que as narrativas do adoecimento podem ser classificadas e nomeadas, para melhor compreender os significados contidos nas mudanças dos estados pessoais de saúde, ocasionados por uma doença crônica (no caso de seu estudo, da esclerose múltipla). Para o autor, as narrativas do adoecimento podem ser entendidas como histórias de vida tematicamente organizadas, apresentando trajetórias narrativas particulares (classificadas pelo autor como estáveis, progressivas ou regressivas), que possibilitam o acesso ao mundo pessoal de cada adoecido.

São bem conhecidas, e utilizadas pela literatura socioantropológica sobre as narrativas do adoecimento, as tipologias elaboradas por Hydén (1997), Frank (1995; 2007), Williams (1984), e Bury (2001). Esta última, foi a opção escolhida para a análise das narrativas dos estudos de caso deste artigo.

Bury (2001) oferece sua tipologia classificando as histórias sobre o adoecimento crônico. As ‘narrativas contingentes’ abarcam histórias sobre eventos entendidos pelo narrador como causas prováveis de seu adoecimento, expressando efeitos em seu corpo, subjetividade, e vida cotidiana. As ‘narrativas morais’ revelam as dimensões, dada pelo adoecido, a suas histórias, de avaliação e de julgamento das dinâmicas que envolvem seu corpo, sua subjetividade, e seu entorno social, restritas a uma ‘*performance* narrativa’ que demonstra a ascendência e o controle do adoecido em relação à sua trajetória. Há ainda as ‘narrativas centrais’, que estabelecem conexões entre a experiência de adoeci-



mento e os significados do sofrimento, por meio da análise dos gêneros narrativos (heroico, trágico, cômico, etc.), e do uso particular da linguagem e do repertório simbólico nos processos narrativos.

Assumindo, portanto, que as narrativas possuem a capacidade de captar e de transmitir as diferentes maneiras de sentir e de viver o adoecimento sob o ponto de vista dos verdadeiros protagonistas deste processo (os adoecidos), e que há escassez na literatura sobre a experiência dos adoecidos com a Doença de Gaucher tipo 1, é que a elaboração deste artigo, e do estudo que o originou, encontram-se justificados.

METODOLOGIA

Este artigo derivou-se de um dos capítulos de uma tese de doutorado em saúde coletiva (TONELLOTO, 2017). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou referenciais teóricos das ciências sociais em saúde para explorar a experiência com o adoecimento de Gaucher tipo 1, através das narrativas elaboradas pelos adoecidos. Na referida pesquisa, foram realizadas entrevistas em profundidade ancoradas em um roteiro semiestruturado com nove pessoas (quatro homens e cinco mulheres) diagnosticadas com Doença de Gaucher tipo 1. Por suas características peculiares e distintivas das demais narrativas obtidas, foram escolhidas as narrativas de três entrevistados (uma mulher e dois homens) para figurarem como estudos de caso neste artigo. Os estudos de caso representam uma estratégia importante da pesquisa qualitativa, porque podem fornecer o conhecimento mais aprofundado sobre uma determinada realidade, permitindo formular hipóteses para o encaminhamento de pesquisas posteriores (TRIVIÑOS, 1987).

Os entrevistados foram contatados de modo intencional, através da técnica da ‘bola de neve’ (ou *snowball*), que consiste em identificar e localizar os primeiros narradores, que então indicam outras pessoas com as mesmas características para participarem do estudo. A primeira pessoa a ser entrevistada foi contatada por uma rede social, e todas as demais foram indicadas pelos entrevistados anteriores. Em dado momento, a técnica da bola de neve se esgotou, e constatou-se que os dados obtidos já haviam alcançado um ponto de saturação, encerrando-se a busca por novos entrevistados.

Os participantes residiam em cidades próximas a Campinas (interior do estado de São Paulo), e as entrevistas foram feitas pela pesquisadora em suas casas. Todos empreendiam o tratamento de reposição enzimática com o medicamento Imiglucerase (Sanofi/Genzyme) em um hospital universitário público da cidade de Campinas (SP), onde também recebiam o devido acompanhamento médico.

Os dados produzidos nas entrevistas em profundidade deram origem a ‘narrativas breves’ (MISHLER, 1986): respostas dadas pelos participantes no contexto de uma entrevista em profundidade. Este material foi submetido à análise temática de conteúdo (BARDIN, 2009) para identificar e organizar os aspectos mais relevantes da experiência com a Doença de Gaucher tipo 1 em núcleos de sentido. Estes núcleos, por sua vez, foram agrupados em temáticas que pudessem sintetizar e contextualizar as narrativas, e acolher discussões e comentários da pesquisadora sobre os trechos



selecionados.

Os nomes dos entrevistados e das cidades em que residiam foram substituídos por iniciais de nomes fictícios (no caso dos nomes), e por nomes fictícios (no caso dos nomes das cidades), tendo sido mantidas as suas idades e profissões à época da coleta de dados (entre os anos de 2015 e 2016). Antes de cada entrevista, cada pessoa recebeu, leu e assinou uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado para esta investigação.

A pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) cadastrado na Plataforma Brasil sob número CAAE 32078114.5.0000.5404.

O trabalho contou com o financiamento da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

RESULTADOS

‘J’.: ‘É o manco que se acostuma a mancar.’

J., homem, 52 anos, era casado e tinha 2 filhas, de 16 e 22 anos. Morava em Rio Vermelho (nome fictício), distante 75 Km de Campinas. Era advogado, e trabalhava em escritório de advocacia próprio. Dentre os entrevistados, era quem possuía o diagnóstico da Doença de Gaucher tipo 1 há mais tempo: 38 anos. Sua narrativa apresentou-se marcada pela aceitação da doença, demonstrada por sua assiduidade e declarada confiança no tratamento de reposição enzimática, que exigia sua presença quinzenal ao centro de tratamento, e nas ações que afirmou que empreendeu ao longo de sua vida com o intuito de se adaptar a este adoecimento.

J. foi diagnosticado com Doença de Gaucher tipo 1 aos 14 anos. Durante sua adolescência, e início da idade adulta, ele e sua família esforçaram-se por adotar medidas para a preservação de sua saúde, aceitando e adotando as explicações sobre a Doença de Gaucher tipo 1 dadas pelo médico que o diagnosticou inicialmente, e tomando as medidas necessárias para a mitigação de eventuais sintomas e complicações próprios deste adoecimento que por ventura se apresentassem, já que, à época de seu diagnóstico, não existia nenhum tipo de tratamento disponível. Ele afirmou que a própria escolha de sua profissão pode ter sido influenciada por este diagnóstico, como ele mesmo narrou:

“Tive uma adolescência muito regrada, voltada mais para a questão...de cultura, leitura...e o próprio médico, na época, havia me indicado: ‘arrume uma profissão em que você não faça força física’. Não sei se isso influenciou o fato de eu ser advogado hoje.”

A cirurgia para a retirada de seu baço, aos 39 anos de idade, foi narrada por ele como sendo um episódio que o mobilizou muito, tanto pelas providências práticas empreendidas (como o pagamento prévio das contas da casa) quanto pelo receio de que a cirurgia não fosse bem-sucedida. Vale lembrar que antes do surgimento dos tratamentos medicamentosos para a Doença de Gaucher tipo 1, no início da década de 1990, a retirada cirúrgica do baço (esplenectomia) era uma das únicas formas



de minimizar alguns sintomas típicos da doença, como o cansaço, os problemas hematológicos, e o inchaço abdominal (PETROIANU, 2004). Para J., o seu baço, extremamente avolumado por conta do adoecimento, representava a origem de todos os seus mal-estares. Desta forma, extraí-lo cirurgicamente parecia ser uma atitude ‘correta’, e coerente, no contexto das representações da ‘medicina extrativa’ (LAPLANTINE, 1991) amplamente aceita por J.:

“Eu convivi com o baço até os 39 anos de idade. Essa convivência foi pacífica (risos)... Entretanto, com 39 anos ele chegou a um tamanho que não cabia mais dentro de mim, e teve que ser retirado. Quando me tiraram o baço, ele saiu com 47 cm., e 7 kg. (silêncio). Isso com 39 anos. Ai, com 40 eu comecei o tratamento [com a Terapia de Reposição Enzimática].”

A Terapia de Reposição Enzimática foi descrita por J. como sendo um ‘detergente’: ‘esse tratamento que a gente faz seria, mais ou menos, como um detergente: ele limpa o corpo, ajuda a limpar o corpo dessas células’. Esta ideia parecia assentar-se sobre uma analogia, empreendida por J., entre elementos oriundos do senso comum e do conhecimento científico: uma vez que a Doença de Gaucher tipo 1 é uma doença de depósito lisossômico, associada ao acúmulo de gorduras no interior das células por um erro inato do metabolismo, o tratamento deveria ser capaz de dissolver, ou diminuir, esta ‘gordura’. Ao representar o tratamento de reposição enzimática como um detergente, a medicação teria a sua carga simbólica diminuída, provavelmente diminuindo a percepção da gravidade da doença e dos eventuais riscos do tratamento.

J. dizia ser muito assíduo às infusões. Por ser autônomo, não se sentia prejudicado por ter que comparecer ao hospital quinzenalmente. Uma de suas maiores preocupações em relação ao tratamento residia na possibilidade de ter que enfrentar o desabastecimento desta medicação, fenômeno que já havia vivenciado ao longo de sua trajetória. Sem a medicação, J. afirmou ter experimentado episódios de muitas dores ósseas e outros desconfortos físicos.

Ele afirmou que sua família não costumava interferir sobre seu tratamento, deixando-o sob sua responsabilidade. Acreditava que todos os adoecidos deveriam buscar informações e esclarecimentos sobre o tema, como ele mesmo vem fazendo desde seu diagnóstico. Porém, julgava como sendo ‘grave’ a deficiência generalizada de informações a respeito da Doença de Gaucher tipo 1:

“Tem médico hoje que ouviu falar na faculdade sobre isso, mas que nunca viu na prática. Eu, como eu tive que ir no médico em Rio Vermelho no começo do ano, eu expliquei para ele sobre síndrome de Gaucher, e ele falou que ele é formado...acho que o que eu tenho de idade ele é formado em medicina. Ele falou: ‘olha, eu vou dizer para você, você é o primeiro que eu vejo com essa doença.’ E onde ele foi buscar informações a respeito de Gaucher? Na internet. Ele foi buscar em sites especializados de doenças raras que eu ensinei para ele... Eu creio que os médicos deveriam se aprimorar mais nos estudos, principalmente na questão das doenças raras. E tratar o ser humano como um humano, não como uma cobaia. Principalmente na questão dos medicamentos.”

J. afirmava viver bem com a doença, tendo-a como parte integrante de sua vida e como ele-



mento constituinte de sua identidade (“... para mim é normal, é como eu disse: é o manco que se acostuma a mancar”), diferentemente dos casos que serão apresentados a seguir.

‘R’.: “É muito complicado o Gaucher”

R., homem, 27 anos, era ajudante geral numa fábrica de plásticos. Solteiro, morava sozinho e tinha uma filha, que residia com uma ex-namorada. Imigrou para o estado de São Paulo, vindo do interior da Bahia, com o intuito de trabalhar para conseguir uma vida melhor. Possuía ensino fundamental incompleto, e morava em Rio Verde (nome fictício), a 27 Km de Campinas. O trabalho ocupava um lugar de grande importância na vida de R., motivando sua permanência naquela cidade, bem longe de seus familiares.

Dentre os entrevistados, R. é quem tinha o menor tempo de diagnóstico (3 anos). Afirmou ter sofrido muito com os sintomas que, após o diagnóstico, soube serem próprios da doença (como o abdômen distendido, dores nas pernas e fraqueza constante). Após ter percorrido alguns serviços de saúde e passado por períodos de internações hospitalares, foi levado pelo dono da fábrica em que trabalhava para o hospital em busca de uma ‘resposta’ para seus males, até então bastante aparentes, conforme ele mesmo narrou:

“Eu estava com a barriga muito inchada. Então, eu fui lá porque ele [o chefe] me levou, porque médico nenhum sabia o que eu tinha. O problema é que eu não aguentava mais trabalhar, não aguentava mais andar. Eu pesei 34 quilos! Porque eu não comia, não bebia, era só dor nas pernas, e a minha barriga era deste tamanho assim...”

R. demonstrava ter muita dificuldade em compreender a Doença de Gaucher tipo 1, e de explicá-la para as outras pessoas. Este fenômeno configurava-se para ele como um grande problema, e como uma das características principais de sua narrativa. Porém, apesar de não compreender adequadamente a doença, R. aceitava seu diagnóstico porque havia percebido uma melhora significativa em seu estado geral de saúde após aderir ao tratamento de reposição enzimática.

Assim como os outros entrevistados em tratamento, no momento da entrevista R. não exibia sintomas visíveis de seu adoecimento. Esta situação o colocava numa situação de dúvidas e de questionamentos permanentes em sua vida cotidiana. No trabalho, os demais funcionários o viam como alguém saudável, que ‘pegava no pesado’, e que, portanto, não poderia estar doente:

“Ou acham que é mentira ou acham que eu não tenho. Porque eles olham e falam: “Ah, você é normal, trabalha...” Ninguém acredita que eu tenho que ir no hospital tomar remédio. Ninguém acredita.”

Sendo portador de um adoecimento ‘invisível’, e ‘difícil de explicar’, R. não costumava falar sobre a Doença de Gaucher tipo 1 para muitas pessoas. E, nos casos em que tais explicações eram realmente imprescindíveis, ele afirmava ter construído uma narrativa mais ‘convicente’, para si mesmo e para os outros, como quando explicou a um colega de trabalho que seu adoecimento era causado



por uma ‘bactéria’:

“Essa semana eu fui no Rio de Janeiro, estava fazendo um curso lá. E o cara perguntou: ‘R., no prontuário que o chefe mandou para mim você diz que tem uma doença. O que é que você tem?’ ‘Eu tenho uma bactéria.’ Morreu o assunto ali. ‘Mas, a bactéria é séria?’ ‘Não, não’.”

Ao longo de sua narrativa, observou-se que R. tentava explicar as causas da Doença de Gaucher tipo 1 reinterpretando as explicações biomédicas às quais havia tido acesso durante as consultas médicas que fez com a médica hematologista que o atendia. Assim como J., também compartilhava da concepção de que o medicamento utilizado em seu tratamento atuava como um “detergente” em seu organismo, ‘dissolvendo a gordura’ acumulada pela Doença de Gaucher tipo 1.

Sobre a possível origem deste adoecimento, ele afirmou que a Doença de Gaucher tipo 1 seria uma ‘doença de família’. No entanto, afirmou que seus pais, seus nove irmãos, e sua filha aparentavam não ter a doença. Por este motivo, R. procurava constantemente explicações e sentidos para este dado biomédico de outras formas, a partir de sua experiência de vida, e de seu arcabouço cultural.

A Doença de Gaucher tipo 1 parecia ser entendida por ele como sendo transmitida por meio de relações sexuais, que, afinal, causam e geram a hereditariedade. Esta parecia ser a via pela qual ele explicava o fato de que não apenas ele, mas todos os demais adoecidos eram originariamente ‘atingidos’, ‘contaminados’, ou ‘contagiados’ por esta enfermidade. Esta interessante concepção elaborada por R. sobre a hereditariedade de seu adoecimento parecia ser, inclusive, compartilhada por seu grupo familiar, como mostrou uma história bastante ilustrativa que contou, ocorrida durante uma de suas visitas à casa de seus familiares:

“Teve uma tia que não me deixou entrar na casa dela. Eu fui na Bahia no final do ano, e ela falou: ‘Não, você pegou doença lá da rua, lá. Então, na minha casa eu não lhe aceito!’ E eu falei: ‘Não, não é assim!’ E ela: ‘Mas na nossa família não tem isso!’ E eu falei: ‘Tem, claro que tem! Eu sou da sua família, sou do seu sangue!’ Aí, eu fui tentar explicar para ela, mas ela não quis ouvir.”

Ao tentar explicar à família que sua doença era hereditária – uma ‘doença de família’, gerada pelo compartilhamento do ‘mesmo sangue’ familiar – a tia de R. recorria à ideia de hereditariedade como doença contraída e transmitida sexualmente, com base nos conhecimentos do senso comum, de seu estoque de conhecimento, e da observação do estado físico de seu sobrinho, que, afinal, não apresentava sinais ou sintomas visíveis de adoecimento algum justamente porque estava em tratamento, mas que argumentava ser portador de uma doença desconhecida por todos.

Outro ônus elencado por R. e ocasionado pela Doença de Gaucher tipo 1 à sua vida referia-se às restrições alimentares e físicas autoimpostas após seu diagnóstico: ele afirmava ter parado de jogar futebol e de comer frituras, duas coisas que gostava muito de fazer. Provavelmente, tais abstenções relacionavam-se às representações construídas sobre a Doença de Gaucher tipo 1 que a relacionavam com o acúmulo de gordura no sangue, em alguns órgãos do corpo, e nos ossos. Por tantos problemas



acarretados pelo diagnóstico da Doença de Gaucher tipo 1 em sua vida, R. afirmou, em vários momentos de sua narrativa, que talvez tivesse sido melhor nem ter sido diagnosticado:

“Olha, tem hora que é melhor você ficar sem saber da doença. Porque, antes de eu descobrir que eu era doente, eu fazia o que eu tinha vontade. Depois que eu descobri que eu sou doente, eu não faço mais o que eu fazia. Minha rotina mudou completamente. Melhorou? Melhorou. Mas, minha rotina mudou completamente.”

Ao vivenciar um constante estranhamento a respeito de seu adoecimento, que repousava no embate travado entre o saber científico e o saber originário de sua experiência, R. manifestava o desejo de conhecer e manejar adequadamente o primeiro, para poder evitar as situações embaraçosas que este desconhecimento o colocava, libertando-se das restrições autoimpostas, e dos preconceitos relativos à sua ‘doença complicada’ e ‘invisível’.

‘M’.: “A doença não é tudo aquilo que a gente vê, pelo menos no meu caso”

M., mulher, 45 anos, designer gráfica, era casada e tinha 2 filhos, de 16 anos e 12 anos. Trabalhava como autônoma. Morava em Rio Azul (nome fictício), distante 63 Km de Campinas. Havia sido diagnosticada há 8 anos com a Doença de Gaucher tipo 1.

M. afirmava que a Doença de Gaucher tipo 1 não lhe causava nenhuma dor ou desconforto físico. Para ela, as idas ao centro de tratamento, quinzenalmente, foram as únicas mudanças que o diagnóstico desta doença acarretou em sua vida. As anormalidades de sua saúde, se e quando eram detectadas, eram apontadas pelos exames prescritos por sua médica (como hemogramas, ressonâncias magnéticas, raios-x e tomografias), e realizados por ela esporadicamente. Ela não seguia nenhuma dieta especial, não fazia ginástica, nem precisava de períodos de descanso ao longo do dia; afirmava não possuir nenhuma restrição imposta pela doença em seu cotidiano, tampouco buscava outros médicos ou tipos de tratamentos a este adoecimento.

M. dizia que sua vida ‘sempre foi tranquila’, e que ‘nunca deixou de fazer nada’, antes ou depois de seu diagnóstico. A história que a levou ao descobrimento de ser portadora da Doença de Gaucher tipo 1, no entanto, é digna de nota.

Contou que após o nascimento de seu filho caçula, quando realizou uma cesariana seguida de uma laqueadura, teve sangramentos por mais de 9 meses, ininterruptamente, fato que a fez procurar seu médico ginecologista, em Rio Azul:

“O médico falava que não era nada, que era normal, e eu insistia para fazer o exame de sangue, e, quando veio o resultado do exame veio tudo alterado: plaquetas, anemia muito forte... veio tudo alterado. Daí, fui mandada para o doutor [nome do médico], em Campinas, hematologista”.

Segundo ela, este médico hematologista solicitou, então, outros exames, inclusive de imagem, e, a partir deles, constatou que seu baço estava muito avolumado, encaminhando-a para a cirurgia de



retirada do órgão. A suspeita inicial do médico hematologista para o aumento do seu baço era a provável existência de um linfoma, o que deixou M. e sua família muito assustados. Segundo ela, foram empreendidos exames no baço extraído durante esta cirurgia, que eliminaram a suspeita de um câncer linfático, e confirmaram o diagnóstico para a Doença de Gaucher tipo 1.

Assim como os demais entrevistados para este trabalho, M. também sentiu alívio e ‘sentiu tranquilidade’ ao saber que a doença diagnosticada não era um câncer. Depois desta cirurgia, M. afirmou ter se submetido a dois outros exames (sem especificar quais) para a confirmação do diagnóstico da Doença de Gaucher tipo 1.

A principal particularidade da história de M. reside no fato de que, mesmo tendo sido diagnosticada com a Doença de Gaucher tipo 1 por meio de vários exames, ela dizia não acreditar ser portadora deste adoecimento, e nem mesmo de nenhum outro. Ela afirmava que a Doença de Gaucher tipo 1 não lhe causava nenhuma dor ou mal-estar físico. Para ela, as idas ao centro de tratamento, quinzenalmente, foram as únicas mudanças acarretadas por este diagnóstico em sua vida. Por ser autônoma, conseguia adaptar seus compromissos de trabalho para frequentar as infusões sem grandes alterações em sua rotina.

M. costumava obter informações sobre a Doença de Gaucher tipo 1 por conta própria, na internet, ou durante as consultas médicas com sua hematologista, e quando se comparava às outras pessoas também diagnosticadas com Gaucher, M. sempre questionava o seu status de adoecida:

“Na época em que eu comecei [a Terapia de Reposição Enzimática], a gente tinha um grupo que tomava a medicação. Então, um tinha canseira, outro tinha problema na perna... era muitas coisas que eles tinham... E eu, caramba, eu não sentia nada do que eles falavam! Eu não sinto mesmo, eu vivo a vida normal. Quem me vê não acredita que eu tenho a doença. E eu acredito mesmo que eu não tenha a doença.”

A ausência de sintomas e de mal-estares que pudessem ser percebidos em seu corpo, aliado à constatação de que ‘a vida não mudou’ depois do diagnóstico, fazia com que M. alternasse períodos de adesão, e períodos de abandono do tratamento de reposição enzimática, vivendo em um estado permanente de dúvidas quanto à necessidade de se submeter a ele.

M. sentia que sua família se preocupava com sua saúde, mas que a doença não influenciava em seus relacionamentos familiares. No entanto, ela não costumava falar sobre a Doença de Gaucher tipo 1 com outras pessoas fora de seu círculo familiar, por receio de sofrer algum tipo de discriminação ao assumir que seria portadora de um adoecimento pouco conhecido e difícil de ser explicado: ‘a pessoa que não entende já acha que é transmissível, que é perigosa, que é contagioso, sei lá... Então, eu não costumo falar...’.

M. afirmava gozar de muito boa saúde. Segundo ela, este era o principal motivo pelo qual alternava períodos em que seguia o tratamento biomédico prescrito, e períodos em que o abandonava. Afirmava não perceber nenhuma piora em seu estado de saúde nos momentos em que o descontinua-



va:

“Não, não me senti pior, não [nos períodos de abandono do tratamento de reposição enzimática]. Tudo para mim foi normal. É como se você deixasse de tomar, numa dieta, um refrigerante. Para mim foi a mesma coisa, não mudou nada.”

A narrativa de M. caracterizava-se por questionamentos quanto à legitimidade de seu diagnóstico, e à própria existência da Doença de Gaucher tipo 1:

“Então, se a gente se pergunta, é por isso que eu me pergunto, é por isso que eu falo: eu não tenho a doença. Mas, é que eu já fiz o exame 2 vezes, e eu tenho medo de pedir o terceiro (risos)! Senão, eu ia pedir o terceiro! Se alguém chegar lá e falar: ‘quem quer fazer o exame de novo?’, eu sou a primeira a fazer.”

DISCUSSÃO

Observou-se que a Doença de Gaucher tipo 1 mostrou-se presente na vida dos protagonistas destes três estudos de caso de maneiras personalizadas (CANESQUI, 2007), exercendo diferentes graus de interferência no cotidiano e na construção da identidade destes adoecidos (CASTELLANOS, 2014; BURY, 2001). Enquanto J. assumia a doença como parte de sua identidade, e com um lugar definido em seu cotidiano, R. afirmava que possuía algum problema de saúde, e, embora soubesse que se tratasse da Doença de Gaucher tipo 1, ele se angustiava por não a compreender adequadamente, buscando formas mais inteligíveis (para si mesmo e para os outros) de explicá-la. Por sua vez, M. duvidava do seu diagnóstico, da própria existência da Doença de Gaucher tipo 1, e não se considerava uma pessoa doente.

Os três associaram diretamente a Doença de Gaucher tipo 1 com o tratamento de reposição enzimática, que parecia ter significados e importâncias particulares a cada um, e cuja decisão de aderir, ou não a ele, impactava fortemente em suas experiências. E, ainda que este tratamento consistisse em medicamentos injetados na veia, e administrados por profissionais de saúde em ambientes hospitalares, ele foi descrito pelos narradores como um simples ‘detergente’, necessário para dissolver a ‘gordura’ acumulada pela doença de Gaucher tipo 1 no organismo, argumento que parecia minimizar sua importância, e seus possíveis riscos.

J. afirmava viver bem com a doença, tendo-a como parte integrante de sua vida e como elemento constituinte da sua identidade. Provavelmente devido ao longo tempo de seu diagnóstico, ele incorporou este adoecimento ao seu cotidiano, tendo desenvolvido estratégias para pensar e viver a Doença de Gaucher tipo 1 bastante adaptadas às suas características individuais e ao meio familiar e social aos quais pertencia, de maneira autônoma. Nos termos da classificação de Bury (2001), a narrativa da experiência de J. com a Doença de Gaucher tipo 1 mantinha um estilo moralmente progressivo, ou seja, ele procurava superar e conviver o mais positivamente possível com a enfermidade. A frase que nomeia este estudo de caso (*‘é o manco que costuma mancar’*) expressa muito bem este



estilo, e a forma própria de J. conviver com esta enfermidade.

Ao vivenciar um constante estranhamento a respeito de seu adoecimento, que repousava no embate travado entre o saber biomédico e o saber originário de sua experiência pessoal, R. demonstrava o desejo de poder conhecer e manejar adequadamente o primeiro, para poder evitar as situações embaraçosas que este desconhecimento o colocava. Conhecendo mais sobre sua doença, R. desejava, enfim, assumir sua identidade como um adoecido crônico para tentar buscar novamente a sua inclusão social e familiar, libertando-se das restrições autoimpostas, e dos preconceitos relativos à sua complicada doença e ao seu adoecimento invisível. A narrativa de R. sobre sua experiência com a Doença de Gaucher tipo 1 apresentava um estilo de narrativa moralmente regressivo (BURY, 2001), que enfatizava os aspectos negativos desta enfermidade, ao mesmo tempo em que se esforçava para superá-los.

M., desconfiava da legitimidade de seu diagnóstico, porque conseguia conduzir bem a sua vida cotidiana. Sua narrativa abarcava, concomitantemente, o estilo progressivo, nos termos de Bury (2001), permitindo manter-se positivamente diante da vida e da enfermidade, ao mesmo tempo em que assumia também um estilo mais político e questionador da legitimidade médica. Ao afirmar que *‘a doença não é tudo aquilo que a gente vê, pelo menos no meu caso’*, M. parecia questionar a necessidade e a eficácia do tratamento prescrito, a legitimidade de seu diagnóstico, e as informações científicas sobre a Doença de Gaucher tipo 1 a que teve acesso, e que sempre pareciam muito distanciadas de sua experiência.

As três narrativas demonstraram que o momento do diagnóstico representou uma ‘ruptura biográfica’ (BURY, 1982) aos narradores, uma mudança realmente significativa em suas vidas. Foi também naquele momento que eles tomaram conhecimento da Doença de Gaucher pela primeira vez, passando, a partir daí, a receber informações sobre ela durante suas consultas médicas, ou por conta própria, na internet, num contínuo processo de reinterpretações e ressignificações destas informações ao longo do tempo (BURY, 1991). Questiona-se se as incertezas inerentes às narrativas de R. e de M., para além de representarem um esforço de reinterpretação das informações médicas, não seriam, de certo modo, reflexos de um processo de alfabetização em saúde insuficiente para dar conta da complexidade das informações sobre a Doença de Gaucher. Suas narrativas demonstravam que eles não se sentiam verdadeiramente esclarecidos sobre as características desta doença e sobre o tratamento de reposição enzimática, mostrando-se também inseguros para conversar sobre estes temas com as pessoas de seu convívio social.

Sugere-se, a partir destas observações, que os processos de alfabetização em saúde para as pessoas com Doença de Gaucher devam ser mais efetivamente promovidos, e que o momento das consultas médicas, ou da permanência destas pessoas nos centros hospitalares para as infusões, possa ser uma boa oportunidade para isso. Instituir periodicamente ocasiões para conversar com os adoecidos sobre os complexos aspectos científicos deste adoecimento, ouvindo com atenção o que eles compreenderam deste conteúdo a fim de corrigir eventuais mal-entendidos, pode ser uma estratégia



simples e eficiente, que pode ser desempenhado pelos médicos e/ou pelos demais profissionais de saúde que compõe a rede de cuidados destes adoecidos. Livros, revistas, artigos, folhetos, sites, e outros materiais de divulgação científica poderiam auxiliar os profissionais nesta tarefa. Para além de qualificar o acesso às informações científicas sobre a doença de Gaucher, conversar e ouvir com atenção o que os adoecidos têm a dizer pode significar, para os enfermos, que suas experiências estão sendo acolhidas e reconhecidas (CHARON, 2022; TOURETTE-TURGIS; PEREIRA-PAULO, 2016), e gerar impactos verdadeiramente significativos em suas experiências com este adoecimento.

A invisibilidade dos sintomas, representada pela ausência, ou pela pouca visibilidade de sinais corporais quando as pessoas seguem o tratamento de reposição enzimática (MISTRY *et al.*, 2017), também gerava dúvidas e incertezas nos entrevistados. Eles ora demonstravam aceitar o papel de adoecidos, acreditando na existência da enfermidade, ora questionavam e negavam este fato. As narrativas de R. e de M. exemplificam este fenômeno: eles ora negavam a doença (deixando-a invisível), ora a reconheciam (tornando-a visível), dependendo das circunstâncias e das possíveis reações das pessoas próximas. Reflexos de uma “aflição narratológica” (LAVIE-AJAYI; ALMOG; KRUMER-NEVO, 2012), estas narrativas mostravam a existência de dois discursos em disputa: de um lado, o discurso biomédico, reconhecido como socialmente legítimo, e, de outro, o discurso dos adoecidos, muitas vezes desacreditado pelas pessoas com as quais conviviam, pelo fato de assentarem-se fundamentalmente na experiência e nas ideias oriundas do senso comum.

Os pontos mais sensíveis, e quase ‘indizíveis’ (MAKAROFF; SHEILDS; MOLZAHN, 2013; WERNER; ISAKSEN; MALTERUD, 2004), da experiência com este adoecimento, narrados nestes estudos de caso, podem ser apontados como a aparente fortaleza de J. para lidar aparentemente sozinho com este adoecimento; a angústia por não conseguir compreender e explicar para as pessoas próximas sobre as causas e as consequências desta doença, vivida por R.; e as dificuldades de M. em aceitar e compreender o seu diagnóstico, fornecem pistas de que a experiência com a Doença de Gaucher tipo 1 é complexa, e merece continuar a ser objeto de estudo de pesquisas posteriores.

Por fim, aponta-se que, por conta do pequeno número de entrevistados para este trabalho, reconhece-se que a pesquisa apresenta apenas uma pequena e circunscrita amostra, que não representa a totalidade da experiência com a Doença de Gaucher tipo 1. Ela certamente é muito mais ampla e complexa do que os resultados aqui expostos, constituindo-se esta uma limitação deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes estudos de caso tentaram evidenciar as diferentes formas de viver e de compreender a Doença de Gaucher tipo 1, revelando as singularidades destas experiências, que, aparentemente, superam as pretensas regularidades que caracterizam a grande maioria dos estudos sobre este adoecimento, com foco eminentemente biomédico. Além disso, eles permitiram expor e interpretar os diferentes estilos das narrativas do adoecimento obtidos através da escuta e da acolhida das histórias



dos adoecidos. Espera-se que as diferentes formas de viver com este adoecimento, expostas nestas narrativas, e a vulnerabilidade descrita em muitos momentos das vidas destes entrevistados, possam ser convertidas em um espaço favorável ao seu empoderamento a partir da legitimação de suas experiências, necessidades e demandas.

Para além do escopo estrito da Doença de Gaucher, aponta-se para o reconhecimento da importância de se considerar a experiência do adoecimento a partir do que é narrado pelas pessoas que o vivenciam; conhecimento que, geralmente, é pouco considerado pelo campo da biomedicina, mas que têm o potencial para qualificar os serviços de acordo com as demandas e as necessidades apontadas pelos próprios usuários dos sistemas de saúde. Assim, o conhecimento baseado na experiência com a Doença de Gaucher tipo 1 pode qualificar as práticas de cuidado em saúde porque representam um tipo de conhecimento com o potencial de melhorar estes serviços; de ampliar os interesses da comunidade científica sobre este adoecimento; e de encorajar outras pessoas a compartilhar suas experiências, para que suas vozes sigam sendo escutadas e melhor analisadas em estudos posteriores.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, set. 1993. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1993000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/67L9D3Ymcm9xwz5QKmd-4M8t/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2022.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 LDA, 2009.
- BARIS, Hagit N. *et al.* Gaucher Disease: The Metabolic Defect, Pathophysiology, Phenotypes And Natural History. *Pediatric Endocrinology Review*, Israel, v. 1, n. 12, p. 72-81, 30 jul. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520262/>. Acesso em: 30 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em 31 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 4, de 22 de junho de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Gaucher. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 119, p. 44, 23 jun. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portaria-conjunta-no-04-2017-pcdt-gaucher.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.
- BREIGEIRON, M. K. *et al.* Signs and symptoms in Gaucher Disease: priority nursing diagnoses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 104-110, fev. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0434>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hZqc-vBHQVKzXVkfjYGyHfc/?lang=en>. Acesso em: 20 out. 2022



BRUNER, J. A construção narrativa da realidade. *Critical Inquiry*, Chicago, v. 18, n. 1, p. 1-21, 1991.

BURY, M. Chronic illness as a biographic disruption. *Sociology of Health and Illness*, Oxford, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.ep11339939>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BURY, M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*, Oxford, v. 13, n. 4, p. 451-468, 1991. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BURY, M. Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, Oxford, v. 23, n.3, p. 263-285, 2001. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.00252>. Acesso em: 16 ago. 2022.

CANESQUI, A. M. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: Canesqui, A.M. (org.). *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007.

CASTELLANOS, M. E. P. The narrative in qualitative research in health. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014194.12052013. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-narrativa-nas-pesquisas-qualitativas-em-saude/13843?id=13843&id=13843>. Acesso em: 16 ago. 2022.

CHARON, R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, Chicago, v. 286, n. 15, p. 1897-1902, 2001. DOI: 10.1001/jama.286.15.1897. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194300>. Acesso em: 16 ago. 2022.

DANDANA, Azza *et al.* Gaucher Disease: clinical, biological and therapeutic aspects. *Pathobiology*, Basel, v. 83, n. 1, p. 13-23, 21 nov. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000440865>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26588331/>. Acesso em: 30 out. 2022.

FERREIRA, C. S. *et al.* Doença de Gaucher tipo 1: uma desordem subdiagnosticada. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 122-125, mar. 2011. DOI: 10.1590/S0103-05822011000100019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Hx8g8bWGBNRzb6Qqz6Jj-6qp/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANK, A. Five dramas of illness. *Perspectives in Biology and Medicine*, Chicago, v. 50, n. 3, p. 79-94, 2007. DOI: 10.1353/pbm.2007.0027. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17660632/#:~:text=They%20are%20the%20drama%20of,finally%2C%20the%20drama%20of%20self>. Acesso em: 16 ago. 2022.

FRANK, A. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago, 1995.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da



doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000500013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bmK7md56D7MSp-jYkMYs3SLd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2022.

GRABOWSKI, G. *et al.* Gaucher disease: phenotypic and genetic variation. In: Scriver, C. *et al* (org.). *The metabolic and molecular bases of inherited diseases*. 9. ed. New York: McGraw-Hill, 2006. p. 3635-3658. Disponível em: <https://ommbid.mhmedical.com/content.aspx?book-id=2709&ionid=225546386>. Acesso em: 31 out. 2022.

GRABOWSKI, G. Phenotype, diagnosis, and treatment of Gaucher’s disease. *The Lancet*, London, v. 372, n. 9645, p. 1263-1271, out. 2008. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61522-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61522-6). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19094956/>. Acesso em: 20 out. 2022.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004. DOI: 10.1590/S0103-73312004000200011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/NkL53Nvwf-V64hdCPk53wGNN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

HYDÉN, L. C. Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, Oxford, v. 19, n. 1, p. 48-69, 1997. DOI: 10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>. Acesso em: 15 ago. 2022.

JOACHIM, G. *et al.* Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, South Melbourne, v. 32, n. 1, p. 243-248, jul. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01466.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2000.01466.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 22 out. 2022.

JOACHIM, G. *et al.* Life with a rare chronic disease: the scleroderma experience. *Journal of Advanced Nursing*, South Melbourne, v. 42, n. 6, p. 598-606, jun. 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02663.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12787233/>. Acesso em: 22 out. 2022.

KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. Nova York: Basic Book, 1988.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAVIE-AJAYI M.; ALMOG, N.; KRUMER-NEVO, M. Chronic pain as a narratological distress: a phenomenological study. *Chronic Illness*, Londres, v. 8, n. 3, p. 192-200, 2012. DOI: 10.1177/1742395312449665. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22652897/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

MAKAROFF, K. L.; SHEILDS, L.; MOLZAHN, A. Stories of chronic kidney disease: listening for the unsayable. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 69, n. 12, p. 2644-2653, 2013. DOI: 10.1111/jan.12149. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23594086/>. Acesso em: 15 ago.



2022.

MERKER, Vanessa L. *et al.* Effective provider-patient communication of a rare disease diagnosis: a qualitative study of people diagnosed with schwannomatosis. *Patient Education and Counseling*, Limerick, v. 104, n. 4, p. 808-814, abr. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.029>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33051127/>. Acesso em: 20 out. 2022.

MISHLER, E. *Research interviewing: context and narrative*. Cambridge: Harvard University Press, 1986.

MISHLER, E. Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo. In: LOPES, L. P. M.; BASTOS, L. C. (org.). *Identidades: recortes multi e interdisciplinares*. Campinas: Mercado de Letras, 2002.

MISTRY, P. K. *et al.* Gaucher disease: progress and ongoing challenges. *Molecular Genetics and Metabolism*, Orlando, v. 120, n. 1-2, p. 8-21, jan. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ymgme.2016.11.006>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5425955/>. Acesso em: 20 out. 2022.

NAFRADI, L. *et al.* The doctor-patient relationship and patient resilience in chronic pain: a qualitative approach to patients: perspectives. *Chronic Illness*, London, v. 14, n. 4, p. 256-270, nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1742395317739961>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29096534/>. Acesso em: 20 out. 2022.

NALYSNYK, L. *et al.* Gaucher disease epidemiology and natural history: a comprehensive review of the literature. *Hematology*, England, v. 22, n. 2, p. 65-73, out. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10245332.2016.1240391>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27762169/>. Acesso em: 20 out. 2022.

PAVÃO, A. L. B. *et al.* Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4101-4114, set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.05782020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Mv5VvPM58ryKMwzX6KDBypQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

PETROIANU, A. Cirurgias conservadoras do baço para tratamento da Doença de Gaucher tipo 1. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 13-18, 2004. DOI: [10.1590/S1516-84842004000100003](http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842004000100003). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/Xm75kjsQR-5vPDhsN3cb3QPy/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

POLKINGHORNE, D. E. *Narrative knowing and human sciences*. Albany: State University of New York Press, 1988.

ROBINSON, I. Personal narratives, social careers and medical courses: analyzing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 30, n. 11, p. 1187-1194, 1990. DOI: [10.1016/0277-9536\(90\)90257-S](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90257-S). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369090257S>. Acesso em: 15 ago. 2022.



ROSENBLOOM, B. E. *et al.* Gaucher Disease: a comprehensive review. *Critical Reviews in Oncogenesis*, New York, v. 18, n. 3, p. 163-175, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1615/critrevoncog.2013006060>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23510062/>. Acesso em: 30 out. 2022.

SCHÜTZ, A. *Fenomenologia del mundo social: introducción a la sociología comprensiva*. Buenos Aires: Paidós, 1979.

STIRNEMANN, J. *et al.* A review of Gaucher disease pathophysiology, clinical presentation and treatments. *International Journal of Molecular Sciences*. Switzerland, v. 18, n. 2, p. 441, 2017. DOI: 10.3390/ijms18020441. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28218669/>. Acesso em: 16 ago. 2022.

STONE, W. L.; BASIT, H.; MASTER, S. R. Gaucher Disease. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448080/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SUCUPIRA, A. C. *et al.* A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 624-627, dez. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832007000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GLFjsmNLNTv4hvc9LhsQ-c6h/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2022.

SUN, A. Lysosomal storage disease overview. *Annals of Translational Medicine*, [s. l.], v. 6, n. 24, p. 476-476, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.21037/atm.2018.11.39>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6331358/>. Acesso em: 31 out. 2022.

TONELOTO, C. F. Souza. *Narrativas sobre a experiência com a Doença de Gaucher*. 2017. 160 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Ciências Sociais em Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/982866>. Acesso em: 30 out. 2022.

TOURETTE-TURGIS, C.; PEREIRA-PAULO, L. Reconhecer a experiência e a expertise do doente. Um dispositivo inovador: a universidade dos pacientes. *Revista da FAEBA - Educação e Contemporaneidade*, Salvador, v. 25, n. 46, p. 33-44, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/faeaba/citationstylelanguage/get/vancouver?submissionId=2699>. Acesso em: 16 ago. 2022.

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

WANG, M. *et al.* Global epidemiology of Gaucher Disease: an updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, New York, v. 22 jul. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/mp.0000000000002506>. Disponível em: <https://journals.lww.com/jpho-online/>



Vivendo com a Doença de Gaucher tipo 1: narrativas do adoecimento com uma doença rara, crônica e ‘invisível’

Fulltext/9900/Global_Epidemiology_of_Gaucher_Disease__an_Updated.56.aspx Acesso em: 20 out. 2022.

WERNER, A.; ISAKSEN, L. W.; MALTERUD, K. I am not the kind of woman who complains of everything: illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 59, n. 5, p. 1035-1045, 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.12.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15186903/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

WILLIAMS, G. The genesis of chronic illness: narrative reconstruction. *Sociology of Health and Illness*, Oxford, v. 6, n. 17, p. 175-200, 1984. DOI: 10.1111/1467-9566.ep10778250. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10268832/>. Acesso em: 16 ago. 2022.

WILLIAMS, S. J. Chronic illness as biographical disruption or biographical disruptions chronic illness? Reflections on a core concept. *Sociology of Health and Illness*. Oxford, v. 22, n. 1, p. 40-67, 2000. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-9566.00191>. Acesso em: 15 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion glossary of terms*. WHO: Genebra, 2021.

Editor responsável: Rodrigo de Oliveira Azevedo

Recebido em 19 de agosto de 2022.

Aceito em 11 de Novembro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

TONELOTO, Carolina Franco de Souza. Vivendo com a Doença de Gaucher tipo 1: narrativas do adoecimento com uma doença rara, crônica e ‘invisível’. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 09-30, 2022.





Perfil nutricional e acesso à terapia nutricional enteral de usuários assistidos por um serviço de atenção domiciliar do SUS Campinas

Nutritional profile and access to enteral nutritional therapy of users assisted by a home care service of the Campinas UHS

Perfil nutricional y acceso a terapia nutricional enteral de usuarios del servicio de atención domiciliar del SUS Campinas

Ana Carolina Gualasi ¹
Larissa Miho Hara ²

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar é uma modalidade de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliatividade e promoção à saúde. **Objetivo:** Descrever o perfil nutricional de usuários atendidos por um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do SUS Campinas. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal retrospectivo descritivo. Utilizaram-se dados secundários de 85 usuários acompanhados pela equipe de nutrição de um SAD de Campinas-SP. Categorizaram-se as variáveis: sexo, idade, diagnóstico principal, classificação do estado nutricional, via de alimentação, tipo e forma de aquisição da dieta enteral. Foram estimadas proporções para as variáveis categóricas e utilizou-se o teste x² para diferença entre grupos. **Resultados:** Dentre os usuários, 61,2% eram do sexo masculino e 58,8%, idosos. A via de alimentação prevalente foi o Cateter Nasoenteral (48,2%). A dieta enteral industrializada em pó foi a mais utilizada (59,7%), tendo a compra como principal forma de aquisição (68,7%). A maioria das crianças e adolescentes encontravam-se com excesso de peso (45%), adultos e idosos apresentaram maiores prevalências de desnutrição (57,1% e 59,2%, respectivamente). **Conclusão:** Tais achados contribuem para traçar o perfil nutricional dos usuários do serviço, evidenciando as demandas da assistência multiprofissional na atenção domiciliar, além da possibilidade de contribuir como ferramenta para qualificação da assistência e subsídio para políticas de saúde.

Palavras-chave: assistência domiciliar; estado nutricional; nutrição enteral.

ABSTRACT

Introduction: Home Care is an assistance modality of the Unified Health System (UHS) that aims at actions for preventing and treating diseases, rehabilitation, palliative care, and health promotion. **Objective:** To describe the nutritional profile of users cared for by a Home Care Service (HCS) of the Campinas UHS. **Methods:** This is a descriptive retrospective cross-sectional study. Secondary data from 85 users monitored by the nutrition team of an HCS of Campinas-SP, Brazil, were used. The following variables were categorized: sex, age, principal diagnosis, classification of nutritional status, feeding route, and type and form of acquisition of the enteral diet. Proportions were estimated for the categorical variables, and the x² test was used for the difference between groups. **Result:** Among the users, 61.2% were male, and 58.8% were senior citizens. The prevalent feeding route was the Nasoenteral Catheter (48.2%). The powdered industrialized enteral diet was the most used (59.7%), with the purchase being the main form of acquisition (68.7%). Most of the children and adolescents were overweight (45%), and adults and senior citizens had a higher prevalence of malnutrition (57.1% and 59.2%, respectively). **Conclusion:** These findings contribute to tracing the nutritional profile of users of the service, evidencing the demands of multidisciplinary assistance in home care, in addition to the possibility of contributing as a tool for the qualification of care and a subsidy for health policies.

Keywords: home care; nutritional status; enteral nutrition.

¹ Nutricionista pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Residente em Atenção Integral à Saúde pelo Hospital Municipal dr. Mario Gatti. <https://orcid.org/0000-0002-1091-8662> <http://lattes.cnpq.br/5236549233644400> ana.gualassi@gmail.com

² Mestre pela Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP. Atualmente atua como nutricionista clínica hospitalar na Rede Mário Gatti. <https://orcid.org/0000-0003-0573-7960> <http://lattes.cnpq.br/1332716290199104> larissahara10@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La Atención Domiciliar es una modalidad de atención del Sistema Único de Salud del Brasil (SUS) que tiene como objetivo la prevención y el tratamiento de enfermedades, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la promoción de la salud. **Objetivo:** Describir el perfil nutricional de usuarios atendidos por un Servicio de Atención Domiciliar (SAD) del SUS Campinas. **Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, analítico. Se utilizaron datos secundarios de 85 usuarios monitoreados por el equipo de nutrición de un SAD perteneciente a la ciudad de Campinas, São Paulo. Se categorizaron las variables: sexo, edad, diagnóstico principal, clasificación del estado nutricional, vía de alimentación, tipo y forma de adquisición de la dieta enteral. Se estimaron proporciones para las variables categóricas y se utilizó la prueba de chi-cuadrado para la diferencia entre grupos. **Resultados:** Entre los usuarios, el 61,2% eran del sexo masculino y el 58,8% ancianos. La vía de alimentación predominante fue la Sonda Nasoenteral (48,2%). La oferta de dieta enteral en polvo industrializada fue la más prevalente (59,7%), con la compra como principal forma de adquisición (68,7%). En cuanto al estado nutricional, la mayoría de los niños y adolescentes tenían sobrepeso (45,0%), mientras que los adultos y ancianos tenían mayor prevalencia de desnutrición (57,1% y 59,2%, respectivamente). **Conclusión:** Estos hallazgos contribuyen a delinear el perfil nutricional de los usuarios del servicio, poniendo en evidencia las demandas de atención multidisciplinaria en la atención domiciliar, además de la posibilidad de contribuir como herramienta para la cualificación de la atención y apoyo a las políticas de salud.

Palabras clave: atención domiciliar; estado nutricional; nutrición enteral.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliatividade e promoção à saúde, prestadas nos domicílios dos usuários. Tais ações estão articuladas na Rede de Atenção à Saúde por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), sendo esses serviços apoiados pelo Programa Melhor em Casa, instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

O SAD é formado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que atuam em articulação com demais dispositivos de saúde, podendo conduzir casos de baixa, média e alta complexidade prioritariamente nos domicílios (BRASIL, 2016). A atuação das equipes envolve a capacitação e responsabilização do cuidado de familiares e/ou demais cuidadores, contribuindo para redução da institucionalização e internações hospitalares prolongadas, o que fortalece a humanização e a integralidade do cuidado (JOHANN, 2020).

O município de Campinas é contemplado pela AD no SUS desde 1993, sendo o SAD do distrito sul o pioneiro na cidade. Atualmente, o SAD-Sul presta assistência a pacientes com dependências funcionais, em paliatividade e/ou em uso de diferentes dispositivos (como traqueostomia, cateter nasoenteral e cateter vesical de demora), sendo acompanhados por equipes multiprofissionais que atualmente são constituídas por três EMADs e duas EMAPs (CAMPINAS, 2021).

A demanda da assistência multiprofissional no domicílio vai ao encontro ao aumento da prevalência de envelhecimento populacional, bem como o uso de recursos terapêuticos que permitem aumento da sobrevida de pacientes com dependências funcionais e doenças crônicas complexas (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica,



2015). Dentre os recursos terapêuticos disponíveis, encontra-se a Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED), que garante manutenção da oferta da alimentação enteral iniciada durante a hospitalização e que se pode se fazer necessária para continuidade do cuidado ao paciente, visando recuperação e/ou manutenção do seu estado nutricional (MENEZES; FORTES, 2019).

O uso da TNED se dá como escolha de via alternativa para oferta da alimentação de indivíduos que possuam alterações e/ou impossibilidade de deglutição, podendo também ser adotada como aumento do suporte nutricional em caso de alimentação por via oral insuficiente. Dentre os riscos da TNED, destacam-se as complicações gastrointestinais, mecânicas, metabólicas, infecciosas e psicológicas (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015).

Segundo estudo norte-americano, 1385 indivíduos a cada milhão de habitantes encontravam-se em uso de TNED nos EUA em 2017 (MUNDI *et al.*, 2017). A literatura mostra-se escassa no que diz respeito à prevalência do uso de TNED nos municípios e estados brasileiros.

A garantia do acesso à TNED converge para o princípio da Segurança Alimentar e Nutricional contemplado na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, na medida em que o indivíduo que possui necessidades alimentares especiais, passa a ter acesso à alimentação (MAZUR *et al.*, 2014). No entanto, existem elementos que dificultam a oferta da alimentação por sonda no domicílio, destacando-se limitações financeiras que podem levar à impossibilidade de aquisição de fórmulas industrializadas ou de alimentos em quantidade e qualidade suficientes para o preparo da nutrição enteral (JANSEN *et al.*, 2014).

A oferta insuficiente de nutrientes contribui para o desenvolvimento ou piora do quadro de desnutrição, trazendo agravos à saúde do indivíduo, como inadequado crescimento e desenvolvimento em crianças, recorrência de quadros infecciosos, repercussões hemodinâmicas, dificuldades para cicatrização de feridas e lesões por pressão, perda de autonomia, entre outros agravos, o que pode embasar a tomada de decisão para início e/ou manutenção da TNED.

Tendo em vista o estado nutricional como um dos componentes para aparecimento ou manutenção de agravantes à saúde, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil nutricional de pacientes atendidos pela equipe de nutrição do SAD-Sul, considerando as características demográficas e epidemiológicas, bem como a prevalência do uso de TNED, tipo de dieta ofertada e formas de aquisição pelos familiares e/ou cuidadores.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal retrospectivo descritivo, com análise quantitativa de dados, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, sob cadastro na Plataforma Brasil nº CAAE 45380721.1.0000.5453 e parecer nº 4.660.813.



Amostra e Coleta de dados

A amostra incluiu dados secundários de atendimentos realizados a pacientes acompanhados pela equipe de nutrição do SAD-Sul do município de Campinas, São Paulo. Os dados foram provenientes de tabelas de acompanhamento nutricional já preenchidas como rotina do serviço de nutrição e foram incluídos todos os pacientes que foram atendidos durante os meses de janeiro e fevereiro de 2021. Dados de atendimentos subsequentes de um mesmo paciente foram excluídos do estudo.

Foram considerados dados secundários de atendimentos realizados a indivíduos dos sexos masculino e feminino, em diferentes faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos), de diferentes patologias de base. Trata-se de usuários inseridos no SAD-Sul ou que receberam apoio matricial da equipe de nutrição do serviço.

As tabelas de acompanhamento nutricional do SAD-Sul foram preenchidas no programa Excel em planilhas mensais e os dados foram alimentados rotineiramente após as visitas domiciliares (Quadro 1).

Quadro 1 – Variáveis preenchidas na tabela de acompanhamento nutricional.

Bloco	Variáveis
Identificação e características sociodemográficas	Nome, idade, sexo
Características epidemiológicas	Diagnóstico principal
Dados do atendimento	Tipo de atendimento, previsão de retorno
Dados antropométricos	Peso, altura, índice de massa corporal, circunferência de braço, circunferência de panturrilha e altura do joelho
Dados referentes à oferta da alimentação	Via de alimentação, tipo e forma de aquisição da dieta enteral para usuários em TNED.

Fonte: As autoras, 2021.

Para acompanhamento do estado nutricional no momento das visitas domiciliares foram aferidas medidas antropométricas, como circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP), altura do joelho (AJ), peso e estatura. Para indivíduos acamados, o peso e a estatura foram estimados a partir de fórmulas padronizadas (CHUMLEA; GUO; STEINBAUGH, 1994). As medidas de CB, CP e AJ foram aferidas com a utilização de fita métrica inextensível em centímetros, com precisão para milímetros.

A frequência das visitas domiciliares para acompanhamento da maioria dos pacientes aconteceu de forma mensal. Para pacientes recém-inseridos no SAD-Sul ou com demandas nutricionais recorrentes, a visita aconteceu em intervalos menores, como semanal ou quinzenalmente. Destaca-se que nem toda visita nutricional resultou em avaliação do estado nutricional com aferição



de medidas antropométricas, uma vez que as visitas também podem ser necessárias para orientações aos familiares e integração com a equipe multiprofissional. Ao final do período, foram realizadas 213 visitas nutricionais durante os meses de janeiro e fevereiro de 2021.

Indivíduos que passaram pelo atendimento nutricional em mais de uma vez durante o período analisado foram contabilizados uma única vez. Ao todo, dados secundários dos atendimentos realizados a 85 indivíduos foram incluídos para avaliação das variáveis demográficas e epidemiológicas do estudo. Tendo em vista que informações antropométricas de 2 indivíduos não estavam disponíveis, foram considerados dados de 83 indivíduos para classificação do estado nutricional.

Organização do banco de dados

As informações contidas nas tabelas de acompanhamento nutricional foram organizadas em bancos de dados no programa Excel 2016. Para identificação, os pacientes receberam numeração em ordem crescente e, para indivíduos que receberam atendimento mais de uma vez durante o período, apenas o atendimento mais recente foi considerado para o estudo.

Para organização das variáveis categóricas foram considerados: sexo (masculino ou feminino); idade (criança e adolescente, adulto ou idoso); tipo de atendimento (primeiro atendimento ou atendimento subsequente); diagnóstico principal (sequelas de acidente vascular cerebral [AVC], síndromes demenciais [incluiu alzheimer e demências não especificadas], neoplasias, paralisia cerebral, sequelas de politrauma ou traumatismo cranioencefálico [TCE], sequelas de insuficiência respiratória aguda [IRA] ou crônica [IRC] ou outros); via de alimentação (via oral, cateter nasoenteral [CNE], gastrostomia ou via mista); tipo de dieta enteral (artesanal, industrializada em pó ou industrializada líquida); forma de aquisição da dieta enteral (comprada, doada, fornecida via Departamento Regional de Saúde VII [DRSVII] ou fornecida via demanda judicial).

Na categorização de faixa etária, foram considerados os seguintes pontos de corte: crianças e adolescentes: 0 a 19 anos; adultos: 20 a 59 anos; idosos: 60 anos ou mais. Para a categorização de diagnóstico principal foram consideradas as patologias de base mais prevalentes e aquelas que apareceram até duas vezes foram agrupadas em “outros”, tais como: estenose esofágica, epilepsia, esclerose lateral amiotrófica, síndrome de west, HIV, lúpus, doença mitocondrial e ferimento com arma de fogo.

Entende-se como “via mista” de alimentação, a presença de via oral concomitante a outra via alternativa, como CNE ou gastrostomia. Entende-se por “dieta artesanal” aquela preparada com ingredientes caseiros, geralmente batida em liquidificador e peneirada. Ademais, o fornecimento da dieta enteral via DRSVII configura-se como via formal para possibilidade de fornecimento pelo Estado das fórmulas enterais industrializadas no município de Campinas, durante o período do estudo.

Os dados antropométricos foram mantidos em suas respectivas unidades de medida, sendo: circunferência de panturrilha (cm), peso (kg), altura (metro), IMC (kg/m²). Para classificação do estado



nutricional, foram considerados pontos de corte de IMC de acordo com a faixa etária, sendo: crianças e adolescentes (magreza; eutrofia; excesso de peso); adultos (desnutrição, eutrofia, excesso de peso); idosos (baixo peso, peso adequado, excesso de peso). Além disso, a circunferência da panturrilha também foi considerada para a avaliação do estado nutricional dos idosos, considerando valores inferiores a 31 cm como indicativo de depleção muscular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

A classificação do estado nutricional considerou as referências disponíveis para as diferentes faixas etárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002). A classificação das crianças e adolescentes ocorreu por meio das curvas de crescimento para idade de acordo com percentis, além de classificação em curva apropriada para os indivíduos com paralisia cerebral (PC) (DAY *et al.*, 2011). A descrição detalhada da classificação do estado nutricional para as diferentes faixas etárias pode ser vista no quadro 2:

Quadro 2 – Descrição da classificação do estado nutricional para diferentes faixas etárias

Faixa etária	Classificação do estado nutricional	Descrição
Crianças e adolescentes	Magreza	Inclui <i>magreza</i> (menor que percentil 3) e <i>magreza acentuada</i> (menor que percentil 0,1) segundo curvas de crescimento para idade, além de indivíduos com PC classificados abaixo do percentil 10.
	Eutrofia	Inclui <i>eutrofia</i> (entre os percentis 03 e 85) segundo curvas de crescimento para idade, além de indivíduos com PC classificados entre os percentis 10 e 90.
	Excesso de peso	Inclui <i>risco de sobrepeso</i> (entre os percentis 85 e 97, para crianças menores de 5 anos), <i>sobrepeso</i> (entre os percentis 97 e 99,9, para crianças menores de 5 anos e entre os percentis 85 e 97, para maiores de 5 anos) e <i>obesidade</i> (maior que percentil 99,9 para crianças menores de 5 anos e maior que percentil 97, para maiores de 5 anos), segundo curvas de crescimento para idade, além de indivíduos com PC classificados acima do percentil 90.
Adultos	Desnutrição	IMC < 18,5 kg/m ² ; inclui desnutrição leve, moderada e grave.
	Eutrofia	IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ² .
	Excesso de peso	IMC > 25kg/m ² ; inclui sobrepeso e obesidade.
Idosos	Baixo peso	IMC < 23 kg/m ²
	Peso adequado	IMC entre 23 a 27,9 kg/m ² .
	Excesso de peso	IMC > 28 kg/m ² , inclui sobrepeso e obesidade.

Fonte: As autoras, 2021.

Análises estatísticas

Posteriormente, o banco de dados foi analisado pelo software STATA versão 12. Para a análise estatística, foram estimadas proporções para as variáveis categóricas. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se o teste x². O nível crítico utilizado foi de $p < 0,05$.



RESULTADOS

Dentre os 85 pacientes que receberam os atendimentos nutricionais durante o período de janeiro a fevereiro de 2021, 78,2% receberam atendimentos subsequentes, enquanto que 21,8% passaram pelo primeiro atendimento nutricional. O intervalo previsto para as próximas visitas variou de 0 a 60 dias, a depender da necessidade identificada pelo nutricionista no momento do atendimento.

A previsão do retorno mensal foi a mais prevalente, correspondendo a 44,7% dos atendimentos, seguidos de 21,2% dos atendimentos com previsão de retorno para 20 dias, 16,5% com previsão de retorno quinzenal, 10,6% com retorno previsto para 2 meses e apenas 2,4% com previsão do retorno semanal. Além disso, pacientes que apresentaram alta do SAD-Sul, sem identificação de demandas nutricionais recorrentes, foram classificados sem previsão de retorno para as visitas nutricionais, correspondendo a 4,7% dos atendimentos.

Considerando as características demográficas, a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (61,2%) e idosos (58,8%), conforme observado na tabela 1. As médias das idades para cada faixa etária foram 7,2 anos para o grupo das crianças e adolescentes, 42,4 anos para adultos e 75,5 anos para idosos.

De acordo com a tabela 1, as patologias de base mais prevalentes foram sequelas de AVC (24,7%), seguidas de síndromes demenciais (23,5%) e neoplasias (15,3%). Dentre as vias de alimentação, o CNE foi a via prevalente, utilizada por 48,2% dos usuários, seguida de gastrostomia (25,9%) e via oral (21,2%). Já a via mista foi a menos prevalente, correspondendo a 4,7% dos usuários.

Ainda conforme a tabela 1, a oferta da dieta enteral industrializada em pó foi a mais prevalente, correspondendo a 59,7% dos indivíduos em uso de terapia nutricional enteral, seguida de dieta industrializada líquida (34,3%). Já a dieta artesanal foi a menos utilizada, correspondendo apenas a 6% dos usuários. Dentre as formas de aquisição da dieta enteral, 68,7% estavam comprando a dieta no momento da visita nutricional, seguidas de doações (14,9%) e recebimento via demanda judicial (9%). Apenas 7,5% dos usuários estavam recebendo a dieta via DRSVII.

Tabela 1: Classificação dos usuários atendidos pelo serviço de nutrição do SAD-Sul segundo características demográficas e epidemiológicas, município de Campinas/SP, 2021. (n=85).

Características demográficas e epidemiológicas	n	%
Sexo		
Masculino	52	61,2
Feminino	33	38,8
Faixa etária		
Crianças e adolescentes	20	23,5
Adultos	15	17,7
Idosos	50	58,8
Diagnóstico principal		
Sequelas de AVC	21	24,7



Síndromes demenciais	20	23,5
Neoplasias	13	15,3
Paralisia cerebral	8	9,4
Sequelas de politrauma ou TCE	4	4,7
Sequelas de IRA ou IRC	4	4,7
Outros	15	17,7
Via de alimentação		
CNE	41	48,2
Gastrostomia	22	25,9
Oral	18	21,2
Mista	4	4,7
Tipo de dieta enteral		
Industrializada em pó	40	59,7
Industrializada líquida	23	34,3
Artesanal	4	6,0
Aquisição da dieta enteral		
Comprada	46	68,7
Doadada	10	14,9
Fornecida via DRSVII	5	7,5
Fornecida via demanda judicial	6	9,0

Fonte: As autoras, 2021.

Para classificação do estado nutricional, dados antropométricos de 83 indivíduos foram considerados. Entre crianças e adolescentes, 45% apresentavam-se com excesso de peso, seguidos de magreza (40%) e eutrofia (15%). Entre adultos, 57,1% encontravam-se desnutridos, seguidos de eutrofia (35,7%) e excesso de peso (7,2%). Para os idosos, 59,2% encontravam-se com baixo peso, seguidos de peso adequado (28,6%) e excesso de peso (12,2%), conforme observado na tabela 2.

Dentre os 45 idosos que tinham dados de aferição de circunferência de panturrilha durante o atendimento nutricional, 82,2% apresentaram depleção de massa muscular, ou seja, circunferência de panturrilha menor que 31 cm.

Tabela 2: Classificação dos usuários atendidos pelo serviço de nutrição do SAD-Sul segundo classificação do estado nutricional, município de Campinas/SP, 2021. (n=83).

Classificação do estado nutricional	n	%
Crianças e adolescentes		
Magreza	8	40,0
Eutrofia	3	15,0
Excesso de peso	9	45,0
Adultos		
Desnutrição	8	57,1



Eutrofia	5	35,7
Excesso de peso	1	7,2
Baixo peso	29	59,2
Peso adequado	14	28,6
Excesso de peso	6	12,2

Fonte: As autoras, 2021.

De acordo com a tabela 3, pode-se observar diferença significativa ($p < 0,05$) para a classificação do estado nutricional por sexo e por faixa etária. Entre a população feminina, a maioria é desnutrida (41,9%), seguida de excesso de peso (35,5%) e eutrofia (22,6%). Entre os homens, a maioria é desnutrida (61,5%), seguida de eutrofia (28,9%) e excesso de peso (9,6%). Ao considerar a faixa etária, a maioria das crianças e adolescentes encontram-se com excesso de peso (45%), enquanto que adultos e idosos, apresentam maiores prevalências de desnutrição (57,1% e 59,2%, respectivamente).

Tabela 3: Classificação do estado nutricional dos usuários atendidos pelo serviço de nutrição do SAD-Sul segundo características demográficas e epidemiológicas, município de Campinas/SP, 2021.

Variáveis	Desnutrição		Eutrofia		Excesso de peso		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,015
Masculino	32	61,5	15	28,9	5	9,6	
Feminino	13	41,9	7	22,6	11	35,5	
Faixa etária							0,02
Crianças e adolescentes	8	40,0	3	15,0	9	45,0	
Adultos	8	57,1	5	35,7	1	7,1	
Idosos	29	59,2	14	28,6	6	12,2	
Diagnóstico principal							0,06
Sequelas de AVC	12	57,1	5	23,8	4	19,1	
Síndromes demenciais	11	55,0	7	35,0	2	10,0	
Neoplasias	8	72,7	3	27,3	0	0,0	
Paralisia cerebral	6	75,0	0	0,0	2	25,0	
Sequelas de politrauma ou TCE	2	50,0	2	50,0	0	0,0	
Sequelas de IRA ou IRC	1	25,0	0	0,0	3	75,0	
Outros	5	33,3	5	33,3	5	33,3	
Via de alimentação							0,55
CNE	24	60,0	11	27,5	5	12,5	
Gastrostomia	10	45,5	5	22,7	7	31,8	
Oral	8	47,1	5	29,4	4	23,5	
Mista	3	75,0	1	25,0	0	0,0	
Tipo de dieta enteral							0,93



Industrializada ¹	35	56,5	16	25,8	11	17,7
Artesanal	2	50,0	1	25,0	1	25,0
Aquisição da dieta enteral						0,42
Comprada	28	62,2	11	24,5	6	13,3
Doadada	5	50,0	3	30,0	2	20,0
Fornecida ²	4	36,4	3	27,2	4	36,4

Fonte: As autoras, 2021.

De acordo com a tabela 4, pode-se observar diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos etários segundo diagnóstico principal, via de alimentação e aquisição da dieta enteral. Em relação às patologias, os idosos contribuíram com as maiores prevalências de sequelas de AVC (80,9%), síndromes demenciais (90%) e neoplasias (76,9%). Já crianças e adolescentes apresentaram as maiores prevalências de paralisia cerebral (87,5%), sequelas de insuficiência respiratória aguda ou crônica (75%) e outros (60%).

A maioria dos indivíduos em uso de cateter nasoenteral são os idosos (82,9%), enquanto que o uso de gastrostomia é mais prevalente entre as crianças e adolescentes (72,7%). A maior prevalência de dieta enteral comprada encontra-se entre os idosos (80,4%), enquanto que as dietas são majoritariamente fornecidas para crianças e adolescentes, considerando o fornecimento via DRSVII (100%) e via demanda judicial (66,7%), conforme observado na Tabela 4.

Tabela 4: Classificação da faixa etária dos usuários atendidos pelo serviço de nutrição do SAD-Sul segundo características demográficas e epidemiológicas, município de Campinas/SP, 2021.

Variáveis	Crianças e adolescentes		Adultos		Idosos		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,44
Masculino	13	25,0	11	21,2	28	53,8	
Feminino	7	21,2	4	12,1	22	66,7	
Diagnóstico principal							<0,01
Sequelas de AVC	0	0,0	4	19,1	17	80,9	
Síndromes demenciais	0	0,0	2	10,0	18	90,0	
Neoplasias	0	0,0	3	23,1	10	76,9	
Paralisia cerebral	7	87,5	1	12,5	0	0,0	
Sequelas de politrauma ou TCE	1	25,0	1	25,0	2	50,0	
Sequelas de IRA ou IRC	3	75,0	0	0,0	1	25,0	
Outros	9	60,0	4	26,7	2	13,3	
Via de alimentação							<0,01
CNE	0	0,0	7	17,1	34	82,9	
Gastrostomia	16	72,7	1	4,6	5	22,7	
Oral	4	22,2	5	27,8	9	50,0	
Mista	0	0,0	2	50,0	2	50,0	
Tipo de dieta enteral							0,38

1 Industrializada: inclui dieta enteral industrializada em pó e líquida.

2 Fornecida: inclui dieta enteral fornecida via DRSVII e via demanda judicial.



Industrializada	14	22,2	10	15,9	39	61,9
Artesanal	2	50,0	0	0,0	2	50,0
Aquisição da dieta enteral	<0,01					
Comprada	5	10,9	4	8,7	37	80,4
Doadada	2	20,0	5	50,0	3	30,0
Fornecida via DRSVII	5	100,0	0	0,0	0	0,0
Fornecida via demanda judicial	4	66,7	1	16,7	1	16,7

Fonte: As autoras, 2021.

DISCUSSÃO

A frequência mínima para monitoramento do estado nutricional preconizada pelo Ministério da Saúde na AD é de três meses, podendo variar de acordo com a necessidade identificada pelos profissionais de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015). No presente estudo, a frequência de visitas mensais foi a mais prevalente, semelhante ao que foi observado em estudo de perfil de usuários da AD realizado em Curitiba (JOHANN *et al.*, 2020).

As características sociodemográficas e epidemiológicas dos usuários atendidos pela equipe de nutrição do SAD-Sul mostraram-se semelhantes a estudos brasileiros em relação à idade e à doença de base. Diferentes autores encontraram maior prevalência de usuários idosos na AD (JOHANN *et al.*, 2020; CARNAÚBA *et al.*, 2017; SILVA; SILVEIRA, 2014; SILVA *et al.*, 2019; RAJÃO; MARTINS, 2019). Em relação à doença de base, a maioria apresentava sequelas de doenças neurológicas, seguida de neoplasias (CARNAÚBA *et al.*, 2017; SILVA; SILVEIRA, 2014). A maior prevalência de indivíduos do sexo masculino difere dos achados na literatura, em que foram observadas maiores prevalências de indivíduos do sexo feminino na AD (JOHANN *et al.*, 2020; CARNAÚBA *et al.*, 2017; SILVA; SILVEIRA, 2014; SILVA *et al.*, 2019; RAJÃO; MARTINS, 2019).

No estudo, a via prevalente de alimentação foi o CNE, seguida de gastrostomia. Diferente desse achado, estudos realizados com indivíduos da AD em outros municípios brasileiros encontraram maior prevalência na via oral, seguida de gastrostomia (CARNAÚBA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2019). A diferença entre esses achados pode se relacionar ao perfil de usuários atendidos. De acordo com os métodos descritos, ambos estudos que encontraram a via oral como predominante tinham como local de estudo SADs que prestavam assistência de baixa a média complexidade. Já o SAD-Sul é caracterizado por prestar cuidados de média a alta complexidade, modalidade de cuidado que pode contribuir para a necessidade de manutenção de diferentes dispositivos, como as sondas para alimentação.

Considerando as diferenças entre as faixas etárias, observou-se a maior prevalência no uso de gastrostomia entre crianças e adolescentes, enquanto que o CNE possui maior prevalência entre os idosos. A literatura é escassa no que diz respeito à prevalência do uso de gastrostomia em crianças, no entanto, estudos internacionais de base populacional, bem como revisão nacional, apontam



que a inserção do dispositivo ocorreu majoritariamente entre lactentes e pré-escolares, uma vez identificada a necessidade de uso prolongado da TNED (PARDY *et al.*, 2021; WYSZOMIRSKA *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.* 2021). Já o CNE em idosos aparece como via prevalente de alimentação para indivíduos em uso de TNED em diferentes estudos brasileiros envolvendo essa faixa etária (MENEZES; FORTES, 2019; BATISTA; SILVA, 2020).

Destaca-se que a gastrostomia está indicada para indivíduos que necessitem de TNED prolongada ou impossibilidade de retorno da alimentação por via oral, desde que possuam condições clínicas para realização do procedimento cirúrgico, além de considerar qual será o melhor custo-benefício ao paciente. De acordo com Menezes e Fortes (2019), a gastrostomia foi a via prevalente para idosos após um ano em uso de TNED, considerando uma amostragem de 213 indivíduos acima de 60 anos que eram atendidos pela Gerência de Nutrição da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

De acordo com o tipo de dieta ofertada, estudo de representatividade municipal, realizado em Alfenas-MG, também identificou maior uso de fórmulas enterais industrializadas para indivíduos em uso de TNED, sendo menor a prevalência do uso de fórmulas artesanais (5,3%), porcentagem semelhante à encontrada no presente estudo (6%). No entanto, em relação à aquisição da dieta enteral, observou-se predominância na forma de obtenção via programa municipal de fornecimento das fórmulas, seguida das compras, sendo uma pequena parcela dependente exclusivamente de doações (SILVA; SILVEIRA, 2014).

Os achados acima citados são diferentes do presente estudo, em que a compra é a forma principal de aquisição, seguida de doações, e tendo a obtenção via DRSVII como a via menos prevalente. Ressaltamos que o município de Campinas, até o desenvolvimento deste trabalho, não possui um programa municipal para fornecimento de fórmulas enterais, sendo via DRSVII, maneira formal para o recebimento desses insumos pelo Estado.

O Ministério da Saúde orienta considerar o uso de fórmulas artesanais para oferta da TNED, destacando que diversos municípios brasileiros tiveram experiências resolutivas, tendo tais formulações padronizadas em protocolos municipais. A prescrição de fórmulas industrializadas deve estar embasada em critérios clínicos e nutricionais e é recomendado que cada esfera de gestão tenha definido seu próprio protocolo de dispensação dos insumos necessários à TNED, incluindo a dispensação das fórmulas (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015). Nesse sentido, o fornecimento de fórmulas enterais industrializadas tem sido subsidiado em diferentes municípios e estados brasileiros. No entanto, os critérios que relacionam a necessidade do fornecimento de tais fórmulas com a garantia da segurança alimentar dos indivíduos em TNED não são regulados (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020).

Ao comparar a forma de aquisição das fórmulas segundo faixa etária, o presente estudo encontrou que a totalidade do fornecimento via DRSVII, durante o período analisado, estava sendo destinada às crianças e adolescentes, bem como a maioria do recebimento via demanda judicial. Nesse



sentido, destaca-se estudo qualitativo realizado com análise documental de políticas e programas de 29 municípios do estado do Paraná, que encontrou nos programas municipais destinados ao fornecimento de dietoterapia específica no domicílio, maior ênfase às condições clínicas que acometem o público infantil, o que poderia facilitar o fornecimento de fórmulas a essa faixa etária (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020).

Em relação à classificação do estado nutricional, a maioria das crianças encontrava-se com excesso de peso, enquanto que adultos e idosos apresentaram maiores prevalências de desnutrição. A maioria dos estudos que trazem dados do estado nutricional na AD inclui apenas indivíduos em uso de TNED e, considerando esse grupo, a maior prevalência encontrada também foi de desnutrição (SILVA; SILVEIRA, 2014; SOUSA *et al.*, 2021; BATISTA; SILVA, 2020). Estudo realizado com 600 pacientes de diferentes faixas etárias em uso de TNED no Distrito Federal encontrou maiores prevalências de desnutrição em todas as faixas etárias, sendo essa condição mais evidente entre o grupo dos idosos, crianças e adolescentes (GALVÃO *et al.*, 2012), achado que difere do presente estudo.

Ao considerar a classificação do estado nutricional segundo sexo, a desnutrição foi a condição mais prevalente tanto para homens quanto para mulheres, no entanto, as mulheres apresentaram excesso de peso como segunda condição mais prevalente, diferente dos homens. A literatura é escassa no que diz respeito à diferença do estado nutricional entre homens e mulheres na AD, no entanto, prevalências ligeiramente maiores de excesso de peso têm sido observadas entre os homens no cenário nacional, de acordo com inquérito populacional recente (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2020).

As maiores prevalências de desnutrição na AD podem refletir o estado nutricional prévio, bem como o catabolismo provocado pela doença de base, tendo em vista que o indivíduo pode dar entrada no SAD com risco nutricional ou desnutrição já instalada. Destaca-se, também, o perfil de pacientes acamados na AD como um dos contribuintes para o agravamento da depleção muscular (MENEZES; FORTES, 2019). Além disso, pode existir a oferta insuficiente de alimentação, seja por dificuldade de acesso financeiro das famílias ou até mesmo por recusa do indivíduo que está recebendo os cuidados. Destaca-se, ainda, a dificuldade do manejo da alimentação por parte dos cuidadores, especialmente para indivíduos em uso de TNED, tendo em vista a sobrecarga dos cuidados (FUHR; CIACH, 2019; SILVA; SILVEIRA, 2104).

Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de monitoramento do estado nutricional dos usuários da AD, a fim de identificar possibilidades de intervenções precoces, com objetivo de minimizar as repercussões à saúde que ocorrem em decorrência da desnutrição, destacando-se a importância de acompanhamento por equipe multiprofissional capacitada (BISCHOFF *et al.*, 2020; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica,



2015).

Dentre as limitações do presente estudo, destaca-se a utilização de dados secundários que já eram coletados e planilhados rotineiramente pelo serviço de nutrição. Entende-se que dados como renda, gastos destinados à alimentação e maiores informações socioeconômicas poderiam contribuir para uma descrição mais detalhada do acesso à TNED. No entanto, optou-se pela utilização de dados secundários, considerando a limitação de visitas adicionais nos domicílios para realização de entrevistas ou assinaturas de termos de consentimento, tendo em vista a disponibilidade de carros no serviço, além das escalas já estabelecidas pela equipe multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, verificou-se que a maioria dos usuários atendidos pela equipe de nutrição do SAD-Sul eram idosos, do sexo masculino, tendo como principal diagnóstico as sequelas de AVC e apresentando o CNE como principal via de alimentação. Dentre os indivíduos em TNED, a maioria utilizava dieta industrializada em pó, tendo a compra como principal via de aquisição.

Em relação ao estado nutricional, crianças e adolescentes apresentaram maiores prevalências de excesso de peso, enquanto que adultos e idosos apresentaram maiores prevalências de desnutrição. A via de alimentação e a forma de aquisição da dieta enteral também apresentaram diferenças entre as faixas etárias, tendo em vista que as crianças e adolescentes apresentaram maior uso de gastrostomia e recebiam a totalidade do fornecimento da dieta enteral via DRS VII no período analisado.

Tais achados contribuem para traçar o perfil nutricional dos usuários que foram atendidos pela equipe de nutrição do SAD-Sul, evidenciando a necessidade de manutenção da assistência nutricional, além da possibilidade de contribuição como ferramenta para identificação de demandas de um dos SAD do município de Campinas.

Entende-se que há particularidades em diferentes municípios para articulação da AD, sendo assim, destaca-se a necessidade de novos trabalhos que possam potencializar os achados do presente estudo e que possam contribuir para uma caracterização mais representativa do perfil dos usuários da AD em diferentes municípios e estados brasileiros. Tal descrição mais representativa pode contribuir para qualificação da assistência multiprofissional na AD, bem como subsídio para desenvolvimento de políticas de saúde que venham ao encontro das demandas dos usuários da AD a nível nacional.

REFERÊNCIAS

BATISTA, M. S. A; SILVA, F. S. Levantamento do estado nutricional e de complicações associadas à terapia nutricional enteral domiciliar em idosos. *Braspen Journal*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 125-129, 2020.

BISCHOFF, Stephan *et al.* ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clinical Nutrition*, Edinburgh, v. 39, n. 1, p. 5-22, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.04.022>. Disponível em: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(19\)30198-0/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(19)30198-0/fulltext). Acesso em:



10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cuidados em terapia nutricional enteral*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 33, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - Vigitel 2019*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2020.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Serviço de Atenção Domiciliar*. Campinas: SMS, 2021. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/unidades/sad/sad_sul/sad.htm. Acesso em: 8 mar. 2021.

CARNAÚBA, C. M. D *et al.* Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.353-363, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/w5dCYXzQ37RvM4yvVXy5hwj/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2021.

CHUMLEA, Cameron; GUO, Shumei; STEINBAUGH, Maria. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility – impaired or handicapped persons. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v. 94, n. 12, p. 1385-1391, 1994. DOI: 10.1016/0002-8223(94)92540-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7963188/>. Acesso em: 10 maio 2021.

DAY, S. M. *et al.* Life expectancy project. growth patterns in a population of children and adolescents with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, Chicago, v. 49, n. 3, p. 167-171, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2801> Disponível em: <https://www.lifeexpectancy.org/articles/GrowthCharts2.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

FUHR, Aline Luiza; CIACH, Érika Marafon Rodrigues. Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. e36926, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.36926>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/36926>. Acesso em: 20 abr. 2021.

GALVÃO, N. R. L. *et al.* Eficácia da terapia de nutrição enteral domiciliar na rede pública do Distrito Federal – DF. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 29-35, 2012.

JANSEN, Ann Kristine *et al.* Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar – promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares



especiais. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 233-247, 2014. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10300>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10300>. Acesso em: 12 abr. 2021.

JOHANN, D. A *et al.* Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: perfil de pacientes assistidos. *Revista de Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 41, n. 1, p. 83-94, 2020.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicéntrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe*: informe preliminar: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud; 9-11 jun 2001. Kingston, 2002. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45890?locale-attribute=pt>. Acesso em: 12 maio 2021.

MAZUR, Caryna Eurich *et al.* Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 757-769, 2014. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10345>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10345>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MENEZES, Caroline Soares; FORTES, Renata Costa. Nutritional status and clinical evolution of the elderly in home enteral nutritional therapy: a retrospective cohort study. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 27, n. 3 p. 1-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2837.3198> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dgCH83KcXfnCMcjFwWKS5pn/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MUNDI, Manpreet *et al.* Prevalence of home parenteral and enteral nutrition in the United States. *Nutritional Clinical Practice*, Baltimore, v. 32, n. 6, p.799-805, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0884533617718472> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28715295/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

OLIVEIRA, João Paulo Lima *et al.* Aspectos clínicos de pacientes infanto-juvenis em terapia nutricional enteral domiciliar: uma revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.31, n. 2, p. e310216, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310216>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/RbnLDQtLzcSrfbg9hnMLrYf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 ago. 2021.

PARDY, Caroline *et al.* Point prevalence of gastrostomy in a paediatric population. *Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition*, New York, v. 72, n. 4, p. 528-531, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003016> . Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33306583/>. Acesso em: 10 ago. 2021.

RAJÃO, F. B.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1863-1876, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqxNqstXftvkTvLxzHz3gJn/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.



SILVA, Ana Cláudia.; SILVEIRA, Simonton de Andrade. Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.783-794, 2014. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10527>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10527>. Acesso em: 5 jul. 2021.

SILVA, D. V. S *et al.* Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enfermagem em foco*, Brasília, DF, v. 10, n. 3, p. 112-118, 2019.

SOUSA, Juliana Barbosa *et al.* Análise da efetividade da terapia nutricional em pacientes sob cuidados paliativos do programa Melhor em Casa no município de Queimadas-PB. *Research, Society and Development*, Itajubá, v. 10, n. 6, p. e2410615232, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15232>. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3222325-an%C3%A1lise-da-efetividade-da-terapia-nutricional-em-pacientes-sob-cuidados-paliativos-do-programa-melhor-em-casa-munic%C3%ADpio-de-queimadas-pb. Acesso em: 8 set. 2021.

THIEME, Rubia Daniela.; SCHIEFERDECKER, Maria Eliana.; DITTERICH, Rafael Gomes. Idosos em terapia nutricional enteral no domicílio: integração das políticas públicas nacionais e programas municipais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, e200157, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200157>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/LMMdjBFVfX9yW98VwzB4fQ/?lang=pt>. Acesso em: 1 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series, n. 854. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acesso em: 12 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330> . Acesso em: 12 mai. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weightfor-length, weight-for-height and body massindex-for-age. Methods and development. WHO (non serial publication). Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>. Acesso em: 12 maio 2021.

WYSZOMIRSKA, Karolina *et al.* Home Artificial Nutrition in Polish Children: An Analysis of 9-Year National Healthcare Provider Data. *Nutrients*, Basel, v. 13, n. 3, e1007, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13031007>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/nutrients>. Acesso em: 8 ago. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 01 de Março de 2022.

Aceito em 14 de Outubro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.



Como referenciar este artigo (ABNT):

GUALASI, Ana Carolina; HARA, Larissa Miho. Perfil nutricional e acesso à terapia nutricional enteral de usuários assistidos por um serviço de atenção domiciliar do SUS Campinas. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 31-48, 2022.





Conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise

Knowledge of the nursing team regarding the handling of hemodialysis catheters

Rafaella Gomes Pinho Amorim ¹
Analú Pedrosa de Souza Quirino ²
Maria Eduarda Magalhães de Menezes ³
Lais Batista de Lima ⁴
Ingridy Christian Araújo de Souza ⁵
Anna Karla de Oliveira Tito Borba ⁶

RESUMO

O manuseio do cateter para hemodiálise é um desafio para os profissionais de enfermagem, visto as complicações advindas de falhas na assistência. Assim, o estudo buscou avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, com 30 profissionais de enfermagem do serviço de hemodiálise de um hospital público no nordeste do Brasil. O instrumento de coleta de dados incluiu a caracterização sociodemográfica, ocupacional e sobre o conhecimento quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise. Para avaliar o conhecimento, foram construídas 10 questões com base nos protocolos operacionais padrão institucional e validado o conteúdo e a aparência com juízes. Os dados foram analisados de forma descritiva. A população em estudo apresentou em sua maioria conhecimento insuficiente (80,0%) quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise, com destaque para a conexão do paciente, início do tratamento e curativo estéril dos cateteres. Diante do exposto, destaca-se a importância da educação permanente por meio de metodologias ativas como a simulação realística de modo a suprir as lacunas assistenciais existentes.

Palavras-chave: conhecimento; hemodiálise; cateter; equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Handling the hemodialysis catheter is challenging for nursing professionals, given the complications arising from failures in care. Thus, this study sought to evaluate the knowledge of the nursing team regarding handling hemodialysis catheters. This is a cross-sectional and quantitative study with 30 nursing professionals from the hemodialysis service of a public hospital in northeastern Brazil. The data collection instrument included sociodemographic and occupational characterization and that of knowledge regarding hemodialysis catheter handling. To assess the knowledge, ten questions were constructed based on the institutional standard operating protocols, and the content and appearance were validated by judges. The data were analyzed descriptively. Most of the study population (80.0%) presented insufficient knowledge regarding hemodialysis catheter handling, with emphasis on patient connection, the start of treatment, and the sterile dressing of the catheters. Given the above, the importance of permanent education through active methodologies such as realistic simulation is highlighted to bridge the existing assistance gaps is highlighted.

Keywords: knowledge; hemodialysis; catheter; nursing staff.

¹ Enfermeira. Especialista em Nefrologia pela Universidade Federal de Pernambuco na modalidade de residência desenvolvida no Hospital das Clínicas (HC-UFPE). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade de Ciências Humanas e Exatas do Sertão do São Francisco (FACESF).
<https://orcid.org/0000-0003-3498-7133>
<http://lattes.cnpq.br/9892879756917063>
rafaella_gomes@hotmail.com

² Especialista em Nefrologia pela Fundação de Saúde Amaury de Medeiros. Bacharel em enfermagem pela universidade de Pernambuco. Enfermeira da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH/HC UFPE. Enfermeira da Prefeitura de Olinda
<https://orcid.org/0000-0002-4503-7304>
<http://lattes.cnpq.br/1724744354892194>
analú_pedrosa@hotmail.com

³ Bacharel em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
<https://orcid.org/0000-0001-7786-3734>
<http://lattes.cnpq.br/0428295263716320>
eduardaufpe@gmail.com

⁴ Enfermeira. Especialista em Nefrologia pela Universidade Federal de Pernambuco com especialização na modalidade residência desenvolvida no Hospital das Clínicas (HC-UFPE). Pós- graduada em Saúde da Família pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI).
<https://orcid.org/0000-0003-2874-9649>
<http://lattes.cnpq.br/6874772616615815>
laisbatista152@gmail.com

⁵ Enfermeira. Residente em Nefrologia pela Universidade Federal de Pernambuco na modalidade de residência desenvolvida no Hospital das Clínicas (HC-UFPE).
<https://orcid.org/0000-0002-4040-8479>
<http://lattes.cnpq.br/2756263537469979>
ingridy_christian@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Nutrição. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco.
<https://orcid.org/0000-0002-9385-6806>
<http://lattes.cnpq.br/6979056438669077>
anna.tito@ufpe.br

INTRODUÇÃO

A hemodiálise (HD) é uma das modalidades de tratamento mais utilizadas por indivíduos com doença renal crônica (DRC). Trata-se de um método mecânico extracorpóreo que atua possibilitando a realização de três processos: filtração, depuração e eliminação das toxinas presentes no sangue que precisam ser excretadas do organismo, através de uma via de acesso vascular. Dentre as vias de acesso utilizadas para viabilizá-la, estão as fístulas arteriovenosas (FAV), os enxertos arteriovenosos (EAV) e os cateteres venosos centrais (CVC), de curta ou longa permanência (SILVA; VIEGAS, 2019).

Ao considerar a complexidade dos procedimentos realizados no serviço de HD, ressalta-se a importância da implementação segura de cuidados, pela alta exposição a fatores de riscos, em sua maioria evitáveis (LOBOS; FEBRÉ, 2018).

Nesse contexto, no Brasil, foram notificados 13.692 incidentes no período de julho de 2019 a junho de 2020. Entre esses, mais de 1.000 incidentes ocorreram nos serviços de HD. Os incidentes são eventos adversos (EA) que provocam danos não intencionais associados à assistência e não relacionados à evolução natural da doença, contribuem para o aumento de morbimortalidade e representam um grave problema de saúde pública. No âmbito da hemodiálise, destaca-se os seguintes EA: falhas durante a assistência à saúde, acidentes do paciente, quedas e as falhas envolvendo o cateter para HD (BRASIL, 2020; LOBOS; FEBRÉ, 2018).

Dados de uma pesquisa realizada em 2016 no serviço de HD de um Hospital Público, na cidade do Recife – PE, identificam uma prevalência de EA em torno de 18,3% e 50% relacionados ao cateter de curta permanência e ao cateter de longa permanência, respectivamente (LESSA *et al.*, 2018).

Os CVC são dispositivos que permitem o acesso à circulação do paciente e possibilitam a realização da HD. Assim, o uso desses dispositivos aumentou ao passo que a população envelhece e mais pacientes com poucas opções de confecção de FAV iniciam a HD. No entanto, o manuseio antes, durante e após a terapia envolve riscos, sendo a infecção a complicação mais frequente relacionada a esses dispositivos (REZENDE *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019; JESUS-SILVA *et al.*, 2020). Dessa forma, as falhas na técnica do manuseio do cateter para HD podem resultar em sérias complicações, tornando a realização dessa modalidade de tratamento um desafio para os pacientes e profissionais (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Para tanto, a equipe de enfermagem que atua na área da nefrologia deve estar em constante atualização no que se refere ao conhecimento teórico-prático, objetivando promover uma assistência mais qualificada, através do seguimento das recomendações de segurança para o manuseio do cateter para HD, principalmente por se tratar de condutas específicas e que necessitam de maior atenção e cuidado por parte desses profissionais (RIBEIRO *et al.*, 2020; MAIA *et al.*, 2021).

Assim, ter conhecimentos teórico-práticos é de suma importância para uma assistência de enfermagem segura, fazendo-se necessário para isso, a padronização de condutas, baseadas em evidências, por meio de manuais e Protocolos Operacionais Padrão (POP'S) como forma de garantir



uma prática clínica qualificada, pois permite aos profissionais o esclarecimento de dúvidas, além de direcionar a execução das ações.

Diante do exposto, o estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: qual o conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para HD? Espera-se que o estudo aponte lacunas existentes e itens a serem reforçados para melhor desempenho da equipe durante a realização dessa prática assistencial. Para isso, o estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para HD.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado no serviço de HD de um Hospital Público na cidade do Recife, Pernambuco, Nordeste do Brasil. A população foi composta pela equipe de enfermagem atuante no serviço de hemodiálise, incluindo 13 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem, totalizando 33 profissionais. A amostra foi censitária, ou seja, incluiu toda a equipe de enfermagem do serviço de HD. Contudo, foram excluídos os profissionais de enfermagem que estavam de férias (1), licença médica ou em trabalho remoto (2) no período da coleta de dados. Dessa forma, participaram da pesquisa 30 profissionais de enfermagem, sendo 10 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem.

As variáveis do estudo foram referentes à caracterização sociodemográfica, ao perfil ocupacional e relacionadas ao conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise.

A construção do instrumento para a avaliação do conhecimento ocorreu a partir dos POP'S institucionais do serviço de HD. O instrumento foi submetido à validação de conteúdo e aparência por juízes e realizou-se testes psicométricos para assegurar a validade do instrumento. As análises do processo de validação de conteúdo e de aparência contaram com os cálculos de Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Obtiveram os resultados 0,983 e 0,983 para a análise de conteúdo e 0,975 e 1,000 para a análise de aparência. Os valores apresentados pelos cálculos dos IVC'S corresponderam a valores satisfatórios com relação ao valor mínimo de referência (0,70). O teste binomial não foi significativo, indicando que os valores de IVC'S calculados são estatisticamente semelhantes ao valor de referência (0,70).

Após o processo de validação, o instrumento passou a ser denominado de “Conhecimento sobre o manuseio do cateter para a hemodiálise”, composto por 10 questões, subdivididas em 5 domínios, a saber: A – recomendações para conexão do paciente com cateter de curta e longa permanência, preparo do cateter pré-diálise pelo profissional, processo de conexão do paciente ao sistema de hemodiálise e conexão do paciente que faz uso de sistema reprocessado; B – procedimento para início do tratamento de hemodiálise; C – cuidados na pré-desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência; D – procedimento de selagem do cateter; E – recomendações para realização do



curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência e técnica de curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência. Para avaliação dos fatores, atribui-se zero (0) para a resposta não sei, um (1) para resposta correta e dois (2) para incorreta.

Os domínios foram distribuídos em 10 questões com respostas de múltipla escolha relacionadas ao conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para HD, com apenas uma resposta correta. O escore final varia de 0 a 10 pontos, e um valor maior ou igual a sete indica maior conhecimento da equipe de enfermagem sobre o manuseio do cateter para HD. Para este estudo, foi adotado o ponto de corte para o conhecimento da equipe de enfermagem semelhante ao estudo de Canhestro *et al.* (2010).

A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2021 por meio de entrevista individual no serviço de HD e em horário mais conveniente para a equipe de enfermagem, no período da manhã, tarde ou noite, nos sete dias da semana.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel versão 2021 e em seguida analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para Windows. As variáveis contínuas foram testadas por meio do teste de Shapiro-Wilk, sendo as normais, descritas por média e desvio padrão (DP) e as não normais, por mediana e intervalo interquartil (IQ). As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências relativas. Para a análise das questões relacionadas ao conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Independência de Pearson. A significância estatística foi determinada com um valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrado na Plataforma Brasil sob nº CAEE 48045021.0.0000.8807.

RESULTADOS

Dos 30 profissionais de enfermagem atuantes no serviço de HD, a maioria era do gênero feminino (93,3%), com idade inferior a 45 anos (56,7%), com média de 43,20 anos ($DP \pm 7,16$), declararam ter companheiro (66,7%), com especialização (66,7%), de nível técnico (66,7%), tempo de formação entre 15 e 21 anos (36,7%) com média 18,13 anos ($DP \pm 6,91$), tempo de profissão entre 11 e 20 anos (66,7%) com média de 17,93 anos ($DP \pm 6,89$), turno de trabalho diurno (63,3%), carga horária semanal de 36 horas (80%) e mediana de 36,00 ($AI \pm 0$), tempo de atuação na nefrologia entre 6 e 10 anos (56,7%) e mediana 8,00 ($AI \pm 8,50$), com outro vínculo profissional (90%), esse não sendo na área de nefrologia (96,3%) e participaram de treinamento sobre o manuseio do cateter para hemodiálise (80,0%) (Tabela 1).



Tabela 1 - Características sociodemográficas e ocupacional da equipe de enfermagem do serviço de hemodiálise de um hospital público, Recife-PE, Brasil, 2021.

Variáveis	Total n (%)
Gênero	
Feminino	28 (93,3%)
Masculino	2 (6,7%)
Idade	
< 45 anos	17 (56,7%)
≥ 45 anos	13 (43,3%)
Média ± Desvio padrão	43,20 ± 7,16
Estado civil	
Com companheiro	20 (66,7%)
Sem companheiro	10 (33,3%)
Escolaridade	
Ensino superior incompleto	3 (10,0%)
Ensino superior completo	4 (13,3%)
Ensino médio completo	6 (20,0%)
Especialização	13 (43,3%)
Mestrado	4 (13,3%)
Doutorado	0
Categoria profissional	
Enfermeiro	10 (33,3%)
Técnico de enfermagem	20 (66,7%)
Tempo de formado	
≤ 7 anos	2 (6,7%)
8 – 14 anos	8 (26,7%)
15 – 21 anos	11 (36,7%)
≥ 22 anos	9 (30,0%)
Variáveis	
Total n (%)	
Média ± Desvio padrão	18,13 ± 6,91
Tempo de profissão	
≤ 10 anos	2 (6,7%)
11 – 20 anos	20 (66,7%)
21 – 30 anos	6 (20,0%)
≥ 31 anos	2 (6,7%)
Média ± Desvio padrão	17,93 ± 6,89
Turno de trabalho	
Diurno	19 (63,3%)



Conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise

Noturno	11 (36,7%)
Carga horária semanal	
30 horas	1 (3,3%)
36 horas	24 (80,0%)
40 horas	5 (16,7%)
Mediana ± Amplitude interquartil	36,00 ± 0
Tempo de atuação na nefrologia	
≤ 5 anos	2 (6,7%)
6 – 10 anos	17 (56,7%)
11 – 15	4 (13,3%)
≥ 16 anos	7 (23,3%)
Mediana ± Amplitude interquartil	8,00 ± 8,50
Vínculo profissional (outros)	
Sim	27 (90,0%)
Não	3 (10,0%)
Vínculo na área de nefrologia (outros)	
Sim	1 (3,7%)
Não	26 (96,3%)
Participação em treinamentos sobre o manuseio do cateter para hemodiálise	
Sim	24 (80,0%)
Não	6 (20,0%)

Fonte: dados da pesquisa.

No que se refere à avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise, houve prevalência do conhecimento insuficiente, correspondendo a 27 profissionais de enfermagem (80%).

Ao analisar a proporção de acertos, erros e não souberam responder às questões por categoria profissional, os técnicos de enfermagem apresentaram maior prevalência de acertos nas questões do domínio A, referente às recomendações para conexão do paciente com cateter de curta e longa permanência (90,0%) e conexão do paciente que faz uso de sistema reprocessado (65,0%); as questões do domínio C, relacionadas aos cuidados na pré-desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência (70,0%) e procedimento de desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência (50,0%); a questão do domínio D, procedimento de selagem do cateter (60,0%) e a questão do domínio E, referente às recomendações para realização do curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência (70,0%) (Tabela 2).

Ainda, observou-se que houve maior prevalência de erro nas questões do domínio A, relacionadas ao preparo do cateter pré-diálise pelo profissional (55,0%) e processo de conexão do paciente ao sistema de hemodiálise (95,0%); a questão do domínio B - procedimento para início do tratamento



de hemodiálise (65,0%) e a questão do domínio E, referente à técnica de curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência (70,0%). Não houve questões nas quais a maioria dos profissionais não soube responder (Tabela 2).

O teste de comparação de proporção foi significativo em todas as questões, exceto na assertiva “Recomendações para a realização do curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência, incluída no domínio E ($p\text{-valor} \leq 0,05$).

Tabela 2 - Proporção de acertos, erros e não souberam responder dos técnicos de enfermagem às questões relacionadas ao conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise de um Hospital Público, Recife-PE, Brasil, 2021.

Técnicos de Enfermagem					
	Domínios (n=5)	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não souberam responder n(%)	*p-valor
A	Recomendações para conexão do paciente com cateter de curta e longa permanência	18 (90,0%)	2 (10,0%)	0	0,000
	Preparo do cateter pré-diálise pelo profissional	8 (40,0%)	11 (55,0%)	1 (5,0%)	0,019
	Processo de conexão do paciente ao sistema de hemodiálise	1 (53,0%)	19 (95,0%)	0	0,000
	Conexão do paciente que faz uso de sistema reprocessado	13 (65,0%)	6 (30,0%)	1 (5,0%)	0,004
B	Procedimento para início do tratamento de hemodiálise	5 (25,0%)	13 (65,0%)	2 (10,0%)	0,008



Conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise

	Cuidados na pré - desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência	14 (70,0%)	5 (25,0%)	1 (5,0%)	0,001
C	Domínios (n=5)	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não souberam responder n(%)	*p-valor
	Procedimento de desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência	10 (50,0%)	9 (45,0%)	1 (5,0%)	0,001
D	Procedimento de selagem do cateter	12 (60,0%)	7 (35,0%)	1 (5,0%)	0,011
	Recomendações para a realização do curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência	14 (70,0%)	6 (30,0%)	0	0,074
E	Técnica de curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência	2 (10,0%)	14 (70,0%)	4 (20,0%)	0,002

Fonte: dados da pesquisa

*Teste Qui-Quadrado

Ainda sobre a análise por categoria profissional quanto à proporção de acertos, erros e não souberam responder às questões, os enfermeiros apresentaram maior prevalência de acertos nas questões do domínio A, relacionadas às recomendações para conexão do paciente com cateter de curta e longa permanência (100%) e conexão do paciente que faz uso de sistema reprocessado (60,0%); o domínio C - cuidados na pré-desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência (90,0%) e procedimento de desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência (70,0%) e a questão do domínio E, referente às recomendações para realização do curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência (90,0%) (Tabela 3).

Observou-se maior prevalência de erro nas questões do domínio A, referentes ao preparo



do cateter pré-diálise pelo profissional (80,0%) e processo de conexão do paciente ao sistema de hemodiálise (90,0%); o domínio B - procedimento para início do tratamento de hemodiálise (60,0%); e a questão do domínio E, relacionada à técnica de curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência (80,0%). O domínio D, referente ao procedimento de selagem do cateter apresentou a mesma proporção de erros e acertos (50,0%). Não houve questões nas quais a maioria dos profissionais não soube responder. O teste de comparação de proporção foi significativo nas questões: processo de conexão do paciente ao sistema de hemodiálise, cuidados na pré desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência e recomendações para realização do curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência, contempladas nos domínios A, C e E (Tabela 3).

Tabela 3 - Proporção de acertos, erros e não souberam responder dos enfermeiros às questões relacionadas ao conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise de um Hospital Público, Recife-PE, Brasil, 2021.

Enfermeiros				
Domínios (n=5)	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não souberam responder n(%)	*p-valor
Recomendações para conexão do paciente com cateter de curta e longa permanência	10 (100%)	0	0	-
Preparo do cateter pré-diálise pelo profissional	2 (20,0%)	8 (80,0%)	0	0,058
A Processo de conexão do paciente ao sistema de hemodiálise	1 (10,0%)	9 (90,0%)	0	0,011
Domínios (n=5)	Acertos n(%)	Erros n(%)	Não souberam responder n(%)	*p-valor
Conexão do paciente que faz uso de sistema reprocessado	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0	0,527
B Procedimento para início do tratamento de hemodiálise	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0	0,527



C	Cuidados na pré - desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência	9 (90,0%)	1 (10,0%)	0	0,011
	Procedimento de desconexão do paciente com cateter de curta e longa permanência	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0	0,206
D	Procedimento de selagem do cateter	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0	1,000
	Recomendações para realização do curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência	9 (90,0%)	1 (10,0%)	0	0,011
E	Técnica de curativo estéril dos cateteres de curta e longa permanência	2 (20,0%)	8 (80,0%)	0	0,058

Fonte: dados da pesquisa

*Teste Qui-Quadrado

DISCUSSÃO

A enfermagem é uma área que exige constante atualização de técnicas e conhecimentos teóricos acerca de determinados procedimentos, requerendo do profissional a busca por novos aprendizados e aperfeiçoamento nas diversas técnicas (RIBEIRO *et al.*, 2020). Nesse sentido, o conhecimento referente ao manuseio do cateter para HD requer a realização de treinamentos e obtenção de novos conhecimentos que permitam o prolongamento da vida útil do dispositivo, diminuição de infecção e prevenção de maiores transtornos para o paciente (RIBEIRO *et al.*, 2020; MAIA *et al.*, 2021; MARINHO *et al.*, 2021; ANDRADE *et al.*, 2021; BARBOSA *et al.*, 2017).

Diante do perfil de profissionais que atuam de 6 a 10 anos na área, esperava-se um resultado de conhecimento adequado para prestar assistência aos pacientes que realizam HD, haja vista que esses profissionais vivenciam a rotina do serviço por um período que poderia ser suficiente para demonstrar



uma maior adequação aos conhecimentos que a área requer (AGUIAR *et al.*, 2017; BLANCO-MAVILLARD *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2021; MAIA *et al.*, 2021; MARINHO *et al.*, 2021).

É válido destacar que a carga horária exaustiva e rotinas que diferem na área de atuação nos diferentes locais de trabalho requerem do profissional um maior esforço para prestar uma assistência de qualidade, uma vez que necessita de maior aprofundamento teórico e domínio prático das diferentes formas de realizar o cuidado (MARINHO *et al.*, 2021; HOSNEY *et al.*, 2021). Um maior esforço, integrado a maior carga horária e deslocamentos de um plantão para outro, pode contribuir para uma maior sobrecarga entre os profissionais e, conseqüentemente, refletir em uma assistência com prejuízos em sua qualidade (MORENO *et al.*, 2018).

Observa-se ainda que a participação em treinamentos sobre o manuseio desses dispositivos esteve presente na população estudada. A padronização da assistência é fundamental para que todos os profissionais executem as técnicas de acordo com o recomendado por esferas responsáveis, para assim promover um cuidado qualificado, seguro e em prol de melhorias para o paciente (ALMEIDA *et al.*, 2017; BARBOSA *et al.*, 2017; BRASIL, 2017). Ademais, é imprescindível destacar que o empoderamento da profissão de enfermagem se dá mediante a busca por conhecimentos, proporcionando maior valorização profissional e promoção de assistência ainda mais qualificada para o paciente (PETRY *et al.*, 2019).

No tocante ao conhecimento quanto ao manuseio do cateter para HD, verificou-se neste estudo que os profissionais de enfermagem possuíam conhecimento insuficiente, corroborando com outros estudos realizados que evidenciam essas lacunas de conhecimento (RIBEIRO *et al.*, 2020; BLANCO-MAVILLARD *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2021; MAIA *et al.*, 2021; HOSNEY *et al.*, 2021). Em relação ao manuseio do cateter, esse é um cuidado que ao ser realizado conforme protocolos contribui para a prevenção de infecção de corrente sanguínea que se configura como uma meta de segurança do paciente (meta 5), em que enfermeiros e técnicos de enfermagem referem compreender a importância desse cuidado e, por isso, redobram a atenção para seguir as condutas adequadas de antisepsia (AGUIAR *et al.*, 2017).

Esse aspecto é considerado crítico no que diz respeito à assistência de enfermagem em nefrologia, uma vez que o número de pacientes que realizam HD aumenta e os profissionais precisam se adequar a esse cenário, principalmente por ser uma área que requer conhecimentos teórico-práticos específicos (PEREIRA *et al.*, 2021; MARINHO *et al.*, 2021; ANDRADE *et al.*, 2021).

É imprescindível que os profissionais de enfermagem aprofundem seus conhecimentos no manuseio do cateter, visto que os benefícios que irão agregar a sua assistência permitem uma maior prevenção de eventos adversos, satisfação e menos impacto na qualidade de vida do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2021; MARINHO *et al.*, 2021; GONÇALVES *et al.*, 2020; ANDRADE *et al.*, 2021; HOSNEY *et al.*, 2021).



Nesse sentido, pesquisadores e expertises da área se dedicam para a elaboração de manuais, protocolos e diretrizes que permitem uma padronização da assistência entre os profissionais e maior facilidade na atualização das diferentes técnicas. No entanto, para além da elaboração de documentos que facilitem o cuidado ofertado pela equipe de enfermagem, é necessária a compreensão da sua importância e o emprego durante a assistência prestada (MARTINS; COSTA NETO, 2021; ALMEIDA *et al.*, 2017; MARINHO *et al.*, 2021).

A realidade vivenciada em alguns serviços é a ausência desses documentos norteadores ou de baixa adesão por parte dos profissionais, inclusive por não compreenderem a importância daquilo que está sendo apresentado nos documentos (ALMEIDA *et al.*, 2017). Contudo, o serviço de HD aqui estudado possui em seus documentos institucionais os POP'S relacionados às várias etapas que envolvem o manuseio dos cateteres para HD, além de ofertar treinamentos aos profissionais, possibilitando-os sistematizar a assistência, conforme a padronização do cuidado, permitindo maior segurança na execução do procedimento.

Diante desse contexto, as lacunas encontradas na falta do conhecimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre o manuseio do cateter para HD se destacam nas questões contempladas nos domínios A, B e E.

No que se refere ao domínio A, as questões sobre o preparo do cateter pré-diálise e processo de conexão do paciente ao sistema de HD são etapas que exigem atenção e por isso os POP'S também contemplam orientações para a sua realização, independentemente de serem de curta ou longa permanência. Uma das principais preocupações na sua realização é em relação à prevenção de infecção, uma vez que essa é uma das principais complicações para os pacientes que realizam hemodiálise, sendo necessários cuidados básicos na manipulação do dispositivo (MAIA *et al.*, 2021, BRASIL, 2017).

Nesse contexto, quanto ao preparo do cateter pré-diálise pelo profissional, os enfermeiros apresentaram uma prevalência maior de erros quando comparados aos técnicos de enfermagem na realização dessa atividade. Assim, ao considerar o alto risco de infecção de corrente sanguínea e a fragilidade do sistema imunológico, destaca-se que os enfermeiros devem atuar como primeira linha de defesa na prevenção de infecção, usando medidas diárias de controle de infecção, aderindo e realizando procedimentos convencionais, contemplados nos protocolos institucionais (ADHIKARI; ARYAN, 2019).

Ao avaliar o domínio B, que aborda o procedimento para início da HD, compreende-se que essa modalidade de TRS se configura como um procedimento que envolve complexidade maior desde o manuseio da máquina até aos aspectos relacionados à realização da terapia em si. Apesar de ser uma modalidade que, em geral, mantém a qualidade de vida do paciente, ela carrega consigo altos índices de complicações. Desse modo, tal procedimento exige maior atenção não somente para que seja realizado com eficácia e eficiência, como também para prevenção de infecções e manutenção



do cateter (RIBEIRO *et al.*, 2020; MAIA *et al.*, 2021; GONÇALVES *et al.*, 2020; LESSA, *et al.*, 2018; JESUS-SILVA *et al.*, 2020). O estudo de Lancis *et al.* (2018) destaca a necessidade de maior atenção e cuidado durante o procedimento para início da HD por meio do cateter, uma vez que a infecção mediante a sua utilização foi aproximadamente 5 vezes superior quando comparados com os pacientes que possuíam FAV.

A técnica de curativo estéril do cateter, contemplada no domínio E, consiste em uma técnica frequentemente utilizada não somente na nefrologia. Contudo, foi a segunda em predominância entre os erros cometidos pelos profissionais, com destaque para os enfermeiros. Nesse contexto, ressalta-se que a realização dessa atividade deveria estar em conformidade, visto que é atribuição do enfermeiro a execução desse procedimento, principalmente o manuseio dos cateteres de longa permanência, por serem dispositivos que exigem competência técnica mais complexa (COREN-PE, 2016). De todo modo, é fundamental que os profissionais se autoavaliem quanto à forma de executar determinados procedimentos e busquem modificar sua conduta para proporcionar melhorias na assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2020; MAIA *et al.*, 2021).

No que se refere aos profissionais que não souberam responder, a incerteza no momento de realizar a conduta pode estar relacionada à falta de atualização, assim como a não adesão aos protocolos institucionais contribuindo para o erro na implementação do cuidado (BARBOSA *et al.*, 2017).

Diante dos aspectos aqui apresentados, ressalta-se que a elaboração de condutas contidas nos POP'S é pautada em evidências científicas para que estas sejam eficientes no propósito de segurança do paciente, sendo imprescindível que os profissionais forneçam credibilidade ao que está sendo apresentado e sigam as orientações conforme estão sendo recomendadas (MARTINS; COSTA NETO, 2021).

Considera-se igualmente importante o engajamento do supervisor de enfermagem, que, no seu papel de gestor, atua no monitoramento dos indicadores. A avaliação periódica, por meio dos indicadores, impulsiona a equipe para o cumprimento dos protocolos institucionais, além de permitir a compreensão da qualidade assistencial, visando transformar os resultados da assistência (BAÓ *et al.*, 2021).

Ademais, os dados aqui apontados e evidenciados também em outros estudos (ALMEIDA *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2021; HOSNEY *et al.*, 2021; BARBOSA *et al.*, 2017) reforçam a necessidade de frequente sensibilização dos profissionais para atualizações de condutas e implementação de protocolos institucionais, a fim de proporcionar padronização e direcionamento da prática assistencial dos profissionais, permitindo ainda a continuidade e eficácia das intervenções, com vistas a qualificar, sistematizar e normatizar a assistência aos pacientes que realizam HD.

Para finalizar esta seção, entende-se os limites deste estudo por ter sido realizado em um único serviço de HD. Contudo, os resultados aqui apresentados podem servir de premissa para o



conhecimento situacional e contextual, sendo útil para tomada de decisões, com vistas a melhorar o cenário prático-assistencial no que se refere ao manuseio desses dispositivos.

CONCLUSÃO

O conhecimento apresentado pelos profissionais foi considerado insuficiente, com destaque para as questões referentes ao preparo de cateter pré-diálise pelo profissional e a técnica de curativo estéril dos cateteres para os enfermeiros, processo de conexão ao sistema de HD e procedimento para início da HD, para enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Diante do exposto, destaca-se a necessidade da realização de treinamentos, com o uso de metodologias ativas, a exemplo da simulação realística para tornar esse aprendizado significativo para os profissionais de modo que venha a suprir as lacunas assistenciais existentes quanto ao manuseio dos cateteres para HD.

REFERÊNCIAS

- ADHIKARI, Krishna; ATTAULHAQ, Aryan. *Hemodialysis access sites (HAS) and infection prevention*. 2019. Tese (Graduação) – Programa de Graduação em Bacharelado em Enfermagem, Helsinque. Disponível em: <https://www.theseus.fi/handle/10024/248824>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- AGUIAR, L. L. *et al.* Validação de instrumento de avaliação da segurança de pacientes renais em hemodiálise. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 609-615, nov./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800084>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xYDYNZhwrkTYhsksJ7GdPrs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.
- ALMEIDA, L. P. de. *et al.* A não utilização dos procedimentos operacionais padrão por profissionais de saúde em um centro de diálise. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, Rio de Janeiro, v. 2017, n. 0, p. 11-18, 2017. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/546>. Acesso em: 20 dez. 2021.
- AMARAL, R. R. do. *et al.* Acesso vascular para hemodiálise. *Acta Médica*, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 269-279, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-910788>. Acesso em: 25 ago. 2020.
- AMMIRATI, A. L. Doença renal crônica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 3-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/MSYFJQpZVgQdc69PGyqN3TS/abstract/?lang=en>. Acesso em: 25 ago. 2020.
- ANDRADE, A. F. S. M. de. *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente em hemodiálise: investigação completa. *Research, Society and Development*, Minas Gerais, v. 10, n. 11, p. 1-11, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19890>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19890>. Acesso em: 20 dez. 2021.
- BAÓ, A. C. P. *et al.* Utilização de indicadores de qualidade: dificuldade e estratégias na voz de



enfermeiros-líderes. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Minas Gerais, v. 11, p. 1-11, 2021. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3484/2635>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BARBOSA, C. V. *et al.* Saberes da equipe de enfermagem sobre cuidados com cateter venoso central. *Revista de Enfermagem: UFPE online*, Pelotas, v. 11, n. 11, p. 4343-4350, 2017. DOI: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201710. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031922>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BLANCO-MAVILLARD, I. *et al.* Mapeo de variabilidad sobre prácticas enfermeras relacionadas com el acceso vascular em el entorno de hemodiálises. Estudio transversal. *Enfermería Nefrológica*, Espanha, v. 21, n. 3, p. 240-248, jul./sep. 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000300005>. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842018000300240. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde*. Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=pCiWUy84%2BR0%3D>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dia mundial do rim. *Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3138-12-3-dia-mundial-do-rim>. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Incidentes relacionados à assistência à saúde. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – NOTIVISA. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2020/04/BR_2019.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

CANHESTRO, M. R. *et al.* Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 335-344, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/124>. Acesso em: 20 dez. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO (COREN-PE). *Parecer técnico Coren-PE nº 011/2016*. Dispõe sobre a legalidade da manipulação de acessos tipo de permcathe de pacientes em hemodiálise, especialmente os de difícil acesso venoso. Relator: José Gilmar Costa de Souza Júnior, Recife-PE, 2016. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:V71P6PI5MWoJ:www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0112016_7304.html+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 22 dez. 2021.

GONÇALVES, T. M. *et al.* Cuidados de enfermagem direcionados ao cliente em hemodiálise: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Paraná, v. 3, n. 3, p. 5657-5670, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-134>. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/11041>. Acesso em: 22 dez. 2021.

GUIMARAES, G. de L. *et al.* Diagnóstico, resultado e intervenção de enfermagem em pacientes com cateter para hemodiálise. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Pelotas, v. 11, n. 11, p. 4334-4342, nov. 2017. DOI: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201709. Disponível em: <https://periodicos.ufpe>.



br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23544/24933. Acesso em: 20 out. 2021.

HOSNEY, Z. A. *et al.* Nurses aseptic technique knowledge, practice, and compliance for patients receiving hemodialysis. *Assiut Scientific Nursing Journal*, Egito, v. 9, n. 25, p. 145-154, 2021. Disponível em: https://journals.ekb.eg/article_187402.html. Acesso em 22 dez. 2021.

JESUS-SILVA, S. G. de *et al.* Análise das taxas de infecção e duração de cateteres de hemodiálise de curta e longa permanência em hospital de ensino. *Jornal Vascular Brasileiro*, Porto Alegre, v. 19, n. 52, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190142>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/MS8gfVxZp9smmgysP4gJ8zD/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

LANCIS, I. F. *et al.* Factores de riesgo asociados com sepsis del acceso vascular de pacientes em hemodiálises. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Havana, v. 17, n. 2, p. 335-346, 2018. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200018. Acesso em: 22 dez. 2021.

LESSA, S. R. de O. *et al.* Prevalência e fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. 1-11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003830017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/r3yLPDWxsCZdtgp44B9B6fv/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2020.

LOBOS, L. O.; FEBRÉ, N. Prevalência de eventos adversos em centros de hemodiálise. *Ciencia y enfermeira*, Concepción, v. 24, n. 7, p. 1-11, 2018. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100207. Acesso em: 15 dez. 2020.

MAIA, S. F. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise em uso de cateter duplo lúmen. *Revista de Pesquisa (UFRJ)*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 9104, p. 410-414, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1151281>. Acesso em: 20 out. 2021.

MARINHO, I. V. *et al.* Assistência de enfermagem hemodiálise: (re)conhecendo a rotina do enfermeiro. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 354-359, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1151281>. Acesso em: 20 out. 2021.

MARTINS, S. A. da S.; COSTA NETO, P. L. O. Gestão da qualidade: conhecimento do enfermeiro que trabalha em hemodiálise. *Research, Society and Development*, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23696>. Acesso em: 22 dez. 2021.

MORENO, J. K. *et al.* Síndrome de burnout e fatores de estresse em enfermeiros nefrologistas. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Pelotas, v. 12, n. 4, p. 865-871, abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110252p865-871-2018>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970405>. Acesso em: 22 dez. 2021.

NEVES, P. D. M. de M. *et al.* Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200, 2020. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/Dbk8Rk5kFYCSZGJv3FPpxWC/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2020.



OLIVEIRA, B. C. C. de *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde, com ênfase na enfermagem sobre infecções relacionadas ao uso de cateter venoso central de duplo lúmen em pacientes dialíticos em uma clínica de nefrologia do agreste pernambucano. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 44436-44450, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/12842>. Acesso em: 22 dez. 2021.

PEREIRA, K. T. *et al.* Conhecimento do enfermeiro nefrologista para atuar com o paciente em terapia renal substitutiva: hemodiálise. *Saúde em Revista*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 131-144, 2021. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/41704268>. Acesso em: 20 dez. 2021.

PETRY, S. *et al.* Autonomia da Enfermagem e sua Trajetória na Construção de uma Profissão. *História de Enfermagem: Revista Eletrônica*, v. 10, n. 1, p. 66-75, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1120829>. Acesso em: 22 dez. 2021.

REZENDE, M. S. de. *et al.* Infecção em cateter de hemodiálise: revisão bibliográfica. *Revista Thêma et Scientia*, Paraná, v. 9, n. 2, p. 135-146, 2019. Disponível em: <http://www.themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1072>. Acesso em: 15 dez. 2020.

RIBEIRO, R. C. *et al.* O aumento das infecções relacionadas à hemodiálise por cateter venoso central. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, Goiás, v. 1, n. 5, p. 432-438, 2018. Disponível em: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/114>. Acesso em: 20 out. 2021.

RODRIGUES, R. A. da C; SILVA, É. Q. Diálise e direito de morrer. *Revista Bioética*, Brasília, v. 27, n. 3, p. 394-400, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/xsw8pQnCgqcDDzVhdJBwMm/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2020.

SILVA, G. A. da.; V. A. M. O enfermeiro no cuidado das infecções relacionadas à assistência à saúde do paciente em hemodiálise por meio de cateter duplo lúmen. *Revista Única Cadernos Acadêmicos*, Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 1-29, 2019. . Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/128>. Acesso em: 30 ago. 2020.

SILVA, P. E. B. B.; MATTOS, M. de. Conhecimento da equipe de enfermagem no cuidado intensivo a pacientes em hemodiálise. *Journal Health NPEPS*, Mato Grosso, v. 4, n. 1, p. 200-209, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3297>. Acesso em: 15 dez. 2020.

Editor responsável: Rodrigo de Oliveira Azevedo
Recebido em 01 de Março de 2022.
Aceito em 14 de outubro de 2022.
Publicado em 09 de Dezembro de 2022.



Como referenciar este artigo (ABNT):

AMORIN, Rafaella Gomes Pinho; QUIRINO, Analú Pedrosa de Souza; MENEZES, Maria Eduarda Magalhães de; *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao manuseio do cateter para hemodiálise. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 49-66, 2022.





A educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil: desafios no contexto da pandemia da COVID-19

Continuing education in a children'S CAPS: challenges in the context of the COVID-19 pandemic

Juliana Magrini Bernardi ¹
Félix Miguel Nascimento Guazina ²

RESUMO

A educação permanente em saúde, como um processo de aprendizagem no serviço, visa a transformar as práticas de trabalho, o que permite aos profissionais refletir sobre os problemas na saúde buscando soluções criativas para superá-los. O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) onde foi desenvolvida a pesquisa, atende crianças e adolescentes com transtorno mental grave a persistente, sendo realizadas as práticas de cuidado a saúde por uma equipe multiprofissional. Nessa perspectiva, a presente pesquisa teve por objetivo compreender e conhecer possíveis estratégias de educação permanente em um CAPSi com os profissionais do serviço na conjuntura da pandemia, a partir de uma entrevista semiestruturada. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória com 10 servidores, para compreender o entendimento dos profissionais sobre o tema como também analisar se a prática da educação permanente está sendo realizada no serviço. Como resultados, percebeu-se que a maioria dos profissionais evidenciam a importância do tema educação permanente como formação pessoal e profissional para um melhor resultado nos serviços de saúde, entretanto, não buscam momentos de reflexão e aprendizado visando a superação dos problemas de saúde. **Palavras-chave:** formação continuada; educação em saúde; saúde mental.

ABSTRACT

As a service-learning process, continuing health education aims to transform work practices, allowing professionals to reflect on health problems by seeking creative solutions to overcome them. The Children'S CAPS, where the research was developed, serves children and adolescents with severe to persistent mental disorders using healthcare practices performed by a multidisciplinary team. From this perspective, the present research aimed to understand and discover possible strategies for continuing education in Children's CAPS with service professionals in the context of the pandemic based on a semi-structured interview. This is a qualitative, descriptive, and exploratory research conducted with ten employees to perceive the professionals' understanding of the subject and analyze whether the practice of continuing education is done in the service. Most professionals showed the importance of continuing education as personal and professional training for better health service results. However, they do not seek moments of reflection and learning aimed at overcoming health problems. **Keywords:** continuing education; health education; mental health.

¹ Assistente Social formada pela Universidade Federal de Santa Maria. Possui Especialização no Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Franciscana e também Especialização em Gestão em Serviço Social e Projetos Sociais pela Faveni-Faculdade Venda Nova do Imigrante.
<http://lattes.cnpq.br/0993562117637728>
juuhmagrini@hotmail.com

² Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Psicologia Clínica com ênfase em saúde comunitária pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Franciscano (2005). Atualmente é docente da Universidade Franciscana (UFN), da cidade de Santa Maria-RS. Coordenador do Laboratório de Práticas em Psicologia da UFN. Coordenador da Residência Multiprofissional de Saúde Mental da UFN. Atua nas áreas de saúde mental, psicologia social, saúde coletiva e psicologia clínica.
<https://orcid.org/0000-0002-1683-2317>
<http://lattes.cnpq.br/3970257564112934>
guazina@gmail.com

INTRODUÇÃO

A pesquisa parte de um projeto integrado desenvolvido por residentes da área de Psicologia, Terapia Ocupacional e do Serviço Social, sendo analisado conforme as experiências de atuação profissional como residentes de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) no interior do estado do Rio Grande do Sul durante a pandemia COVID-19.

A Reforma Psiquiátrica trouxe transformações, fundamentais, para o tratamento aos usuários que estavam em sofrimento mental na sociedade. Em 1970, a assistência ofertada era centrada nos hospitais psiquiátricos, no saber médico, marcado pela violência, além de não garantir direitos a este público (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008). A Lei nº 10.216 de 2001 foi sancionada para que as pessoas com algum transtorno mental tivessem direitos e proteção, inserindo esses usuários em outros serviços alternativos substituindo desse modo, o tratamento exclusivo nos manicômios (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001).

Com a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), foi ampliado a oferta de serviços de saúde, reafirmando a responsabilidade por um cuidado integral, apresentando a estratégia de organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Como RAS são entendidos os “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010, p. 2), sendo ofertados atendimentos para cada condição específica de saúde.

Uma das redes temáticas da RAS é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que foi criada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, recomendando um atendimento direcionado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso nocivo de álcool e outras drogas. A RAPS propõe uma forma de os usuários circularem pelos pontos de atenção à saúde, ampliando a oferta de cuidado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Como forma alternativa de serviço psiquiátrico, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que aos poucos ganharam força com a Portaria GM nº 336/2002. Os CAPS são serviços caracterizados por serem realizados no território, com o apoio interdisciplinar, tendo o objetivo de atender o público com transtorno mental severo e persistente em diferentes níveis de intensidade. Segundo esta Portaria existem diversas modalidades de CAPS e cada um conforme sua complexidade, sendo no presente artigo o CAPSi que ganhara maior ênfase (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).

O CAPSi é um centro de atenção psicossocial que atende crianças e adolescentes com comprometimento mental grave ou persistente. Tem a finalidade de dar uma atenção à saúde contínua e integral, trabalhando de forma interdisciplinar e em rede (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016). O tratamento ofertado em um CAPSi requer uma equipe com diferentes núcleos profissionais para que todos os saberes sejam incorporados no processo de tratamento ao usuário.

Em um CAPSi que acolhe demandas tanto de crianças e adolescentes como de seus familiares,



é fundamental que os profissionais estejam capacitados e que ocorra contato efetivo, boa comunicação e troca de conhecimento (BARBOSA *et al.*, 2016). É necessário, uma construção compartilhada com ações coletivas de trabalho, exigindo do trabalhador que ele busque e tenha um momento em seu cotidiano de serviço, viabilizando o que propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de 2004 é “uma estratégia pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas” (CECCIM, 2005, p. 175; SARDINHA PEIXOTO *et al.*, 2013). Esta Política objetiva que os trabalhadores desenvolvam sua formação e problematizem conjuntamente possibilidades para enfrentar os problemas que surgem nos serviços de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006; BRASIL. Ministério da Saúde, 2007; BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca enriquecer o exercício profissional, relacionando de maneira estratégica a teoria com a prática, pretendendo alcançar novos conhecimentos através da demanda da população atendida. Desse modo, o profissional deve buscar estar em constante aprimoramento, problematizando suas ações, para que o fazer profissional e o alcance ao tratamento ofertado ao usuário seja transformador, pela construção de novas práticas assistenciais, soluções criativas, como também, às necessidades de saúde sejam atendidas (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007; BORBA; FERNANDES, 2020).

No espaço de trabalho ocorre a troca de informações, de conhecimentos e de aprendizagens entre os trabalhadores, o que favorece a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas (EZEQUIEL *et al.*, 2012). Com o trabalho em equipe é possível reconhecer as necessidades locais de saúde e implementar um cuidado em saúde de qualidade, necessitando assim que os profissionais estejam preparados para atender as demandas que surgem no cotidiano (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

A pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) vem trazendo muitas mudanças tanto na vida dos brasileiros como também nos processos de trabalho, ocasionando sofrimentos mentais, físicos e econômicos, exigindo cuidados específicos para evitar a transmissão da doença, sendo um deles o distanciamento social (ALENCAR *et al.*, 2020; SARRETA *et al.*, 2016). O trabalho com crianças, especificamente, requer um contato mais próximo, o que foi reduzido em função da pandemia, exigindo que o profissional busque maneiras de se aprimorar para atender a nova demanda de questões psicossociais que surgiu com esta pandemia (BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O artigo tem como objetivo compreender e conhecer possíveis estratégias de educação permanente em um CAPSi com os profissionais do serviço na conjuntura da pandemia.



METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório. Busca compreender a realidade através da observação, compreensão, reflexão, formando dados através da interpretação, trabalhando com um universo de significados (MINAYO, 2008).

O estudo ocorreu em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, no interior do Rio Grande do Sul, a cidade possui um estimado de 261.031 pessoas, sendo apenas um CAPSi para atender todo o público de crianças e adolescentes que ali habitam (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). A pesquisa tem como objeto de exploração a compreensão dos profissionais do serviço sobre a educação permanente.

Para tanto, a amostra foi composta por 10 profissionais do serviço, sendo 1 assistente social, 2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudiólogo, 1 técnico de enfermagem, 1 pedagoga, 1 agente administrativo, 1 arteterapeuta e 1 educadora física. Considerou-se amostragem intencional, sendo que algumas especialidades como enfermeiro e farmacêutico não possuem na instituição, sendo suprida essa falta apenas por residentes.

A categoria do médico é uma lacuna presente na instituição, em que a função é desempenhada por profissionais contratados apenas por atendimentos efetuados, ao qual, por opção própria, não participam do convívio com os outros profissionais. Sendo assim, foram selecionados somente aqueles que estão envolvidos no cotidiano do serviço e desempenham o seu trabalho de forma não eventual.

A entrevista semiestruturada tinha a intencionalidade de ser “um caminho estratégico de mediação, possibilitando o conhecimento e o reconhecimento das necessidades sociais dos sujeitos entrevistados” (CRAVEIRO, 2018, p. 215). Buscou-se, dessa forma, conhecer e compreender se os profissionais do CAPS Infantil possuem momentos onde realizam a educação permanente como aprendizagem cotidiana.

Para a realização, foi formulado um questionário com perguntas semiestruturadas, com questões abertas, sendo abordado conteúdos norteadores para possíveis relações e percepções a respeito do tema central da pesquisa. Possuindo como conteúdo: “Entendimento dos profissionais sobre EP”; “Se ações que intensificam a proposta da EP são realizadas na instituição”; “Como a Educação Permanente poderia contribuir nos processos de trabalho durante a pandemia COVID-19 no serviço CAPS Infantil” e por fim, “se em sua percepção a EP fortalece o trabalho em equipe”.

As perguntas foram preestabelecidas e as falas foram registradas por um gravador e posteriormente transcritas na íntegra e passaram por uma análise de conteúdo (BARDIN, 1977). A entrevista possibilita que o pesquisador obtenha informações da realidade vivenciada pelo pesquisado e, de acordo com Haguette (1997, p. 86): “a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”.



A pesquisa só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Franciscana sob número CAAE 45358021.1.0000.5306 por meio da Plataforma Brasil. O estudo seguiu as exigências do Ministério da Saúde e diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da revisão de literatura e da análise das entrevistas, percebeu-se a importância da realização da educação permanente nos processos de trabalho. A educação permanente como política vem possibilitar, que o trabalho seja realizado de uma maneira interdisciplinar, fazendo com que os serviços de saúde não sejam centrados em modelos biomédicos. Ela favorece a troca entre os saberes de cada núcleo profissional, produzindo novos questionamentos, reflexão e discussão (PINHEIRO; HYPÓLITO; KANTORSKI, 2019; SOUZA; COSTA, 2019).

Mesmo com ações desenvolvidas em 2004, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e o Programa da Educação pelo Trabalho (PET Saúde) entre outros incentivos, a política de educação permanente sofre um enfraquecimento em suas práticas, pois acaba não ocorrendo uma organização nos processos de trabalho para essa experiência (PINTO *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2016).

A proposta da EPS não está sendo realizada no cotidiano da equipe do CAPSi. Foi observado que a pandemia COVID-19 afetou a prática de trabalho, abalando também a saúde dos trabalhadores. Os participantes relatam ainda o grande desafio no acolhimento de casos, até então, pouco frequentes como a tentativa e ideação suicida, autismo infantil, que aumentaram no período da pandemia que desse modo, demanda do profissional um preparo constante para receber o público, fazendo com que assim não se sintam preparados para receber os usuários, sendo desafiados a adaptar-se então, a essa nova realidade (MAGRINI; HOMERCHER; VIEIRA, 2020).

A pandemia afetou um dos principais objetivos da EPS que é incorporar o aprender e o ensinar em um processo de relação entre a educação e a saúde no cotidiano do serviço, estimulando o protagonismo do trabalhador nesse cenário e qualificando os processos de trabalho, o que possibilita mudanças nos comportamentos e condutas a partir do conhecimento de ações crítico-reflexivas e participativas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018). Com a rotina do serviço acabando sempre com as mesmas práticas sem pensar em desenvolver novos conhecimentos e possibilidades, o serviço acaba por buscar uma transformação institucional e não em situações-problema como as demandas dos usuários (BRASIL. Ministério da Saúde, 2019).

A seguir consta os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Tabela 1- Dados dos profissionais da instituição CAPS Infantil

Servidor	Sexo	Idade	Formação/cargo	Tempo de serviço no CAPS
S1	Feminino	49	Licenciatura plena em Educação Física	10 anos



S2	Masculino	30	Técnico de Enfermagem	3 anos
S3	Feminino	37	Psicóloga	2 anos
S4	Feminino	62	Assistente Social	12 anos
S5	Feminino	37	Fonoaudióloga	8 anos
S6	Masculino	56	Técnico em saúde mental	9 anos
S7	Feminino	50	Psicóloga	4 anos
S8	Feminino	31	Terapeuta ocupacional	3 anos
S9	Feminino	51	Professora de educação artística	15 anos
S10	Feminino	61	Pedagoga	3 anos

Fonte: Construção do Autor, 2021

Essas transformações que ocorreram no decorrer deste período indicam a necessidade de mudança no modo de formação dos profissionais de saúde.

A percepção dos profissionais sobre a educação permanente em saúde

Os profissionais que foram entrevistados no CAPSi, quando questionados primeiramente sobre o que eles entendiam por Educação Permanente, trouxeram relatos como:

“educação permanente é aquela formação que te dá uma atualização, que te deixa mais apto pro trabalho, que consegue te atualizar para praticar boas intervenções junto com os pacientes, a educação permanente deveria ser a chave de todo o processo de trabalho porque hoje né nós temos muitas descobertas a coisa é muito rápida e o processo de trabalho é muito rápido [...]” (S4).

“É um processo que a gente faz de pensar a nossa prática através da teoria, então a educação permanente é algo que tá inserido né? Deveria estar inserido no nosso trabalho como um dos componentes do nosso trabalho que seria a parte de tu poder parar pra pensar, fazer uma crítica e aprender mais também sobre o teu próprio trabalho” (S3).

Percebe-se que o entendimento sobre o referido tema da pesquisa, é compreendido pelos profissionais. Entretanto, não está sendo aplicado no cotidiano de trabalho, ocasionando uma certa acomodação entre os trabalhadores gerando então o desestímulo.

Nota-se isso nas perguntas que buscaram compreender se a EP está sendo realizada no serviço e como essa ação poderia contribuir durante a pandemia COVID-19 no CAPSi:

“ está sendo realizado menos do que deveria” (S2)

“ não, assim eu acho que os residentes estudam em razão da residência mas em relação aos funcionários fica muito individual, quem quer busca, não está instituído no serviço isso como algo para acontecer periodicamente, fica a cargo de cada um” (S7)

“não está sendo realizadas ações, eu acho que a gente fala muito sobre isso, mas na prática não acontece nada” (S9).



Observou-se que no período de coleta dos dados desta pesquisa, no primeiro ano de pandemia, os espaços coletivos para a construção de momentos de reflexão, questionamentos e trocas entre os servidores não estavam sendo realizados. Ocorreu que a EPS ficou somente na teoria e os trabalhadores mencionaram alguns problemas para a aplicabilidade da EPS.

Dentre estes problemas foram citados: a falta de incentivo financeiro, reconhecimento por parte dos gestores, longos períodos exaustivos de trabalho fazendo com que a equipe fique sobrecarregada e inviabilizada de atingir outros objetivos a não ser atender a demanda e também por a gestão do serviço direcionar não para as práticas formativas e sim somente a atividades de trabalho, acabaram por exercer uma prática individualista, sem saber, muitas vezes, como agir nos processos de trabalho em demandas que requer um conhecimento ampliado.

No momento de pandemia, surgiram novas demandas pelos usuários, exigindo do profissional, atualização constante de seu conhecimento teórico, metodológico, científico e tecnológico como também uma melhor atuação conjunta entre os trabalhadores. A educação permanente, por sua vez, mostra-se fundamental para que os processos de trabalho sejam mais resolutivos e com qualidade:

“Acho que deveria ser mais importante ainda porque em tempos de pandemia a gente restringiu muito os atendimentos né então nesse caso poderia se utilizar mais ainda o espaço pra se estudar e inclusive algo que pra nós todos é novo, essa pandemia nos trouxe muita novidade [...] muitos desafios, para podermos nos reinventar, formas de atendimento para o usuário, outros meios, outros métodos” (S6)

“Bom a pandemia nos deslocou totalmente do nosso fazer, no início a gente não sabia nem como íamos nos aproximar dos pacientes, eu acho que se a gente tivesse interlocução com os serviços, uma troca com as unidades com outros CAPS [...] imagina que troca a gente teria, mas isso teria que partir do nosso gestor [...] acho muito pouco investimento da coordenação para que tu tenha essa capacidade para responder as demandas” (S4)

Desse modo, percebe-se que a partir da realidade vivenciada não estão ocorrendo exercícios de ensino-aprendizagem para que os trabalhadores produzam conhecimento de forma compartilhada, buscando resoluções tanto para a área da gestão, como para o atendimento. O trabalho em equipe também se mostra fragilizado, sendo realizado o fazer profissional de uma maneira totalmente individualizada, como relatam os entrevistados, o que seria diferente se ocorresse a educação permanente na instituição como o trabalho em equipe seria mais fortalecido.

“para ser pensado na mesma linha, na mesma lógica” (S5)

“É fundamental ter essa educação permanente para que a gente possa discutir casos ou até rever questões [...] não tem como seguir o trabalho sem tu estar trocando conhecimento, experiência [...] o quanto podemos avançar nos atendimentos” (S1)

A inclusão de residentes multiprofissionais de saúde no serviço contribui para o incentivo ao desenvolvimento de trocas, reflexões e momentos de aprendizado juntamente com os servidores,



sendo assim, buscam estratégias de transformação das práticas de saúde. Novos indivíduos instigam a problematizar questões e romper com práticas rotineiras, sendo ativadores de processos de mudanças.

“Eu sempre procuro trazer novidades, instigar as pessoas trabalhei muito tempo dentro da residência cai na residência quando eu não sabia nada [...], não sabia sobre gestão mas fui lá me instiguei a aprender [...], não podemos nos contentar, devemos sempre nos questionar, devemos sempre nos cobrar [...]” (S4).

Percebe-se pelos relatos que os trabalhadores estão desenvolvendo suas práticas de uma maneira mecanizada, sem problematizá-las com os colegas, sem ocorrer uma reflexão buscando encontrar soluções conjuntamente, fazendo com que não desenvolvam capacidade de crítica. Sendo assim, acaba por não ocorrer um aprimoramento do saber-fazer, ao qual é através do fazer que surgem inquietações para aprimorar o saber.

Também foi possível constatar que entre os profissionais entrevistados o assistente social foi aquele que mais apresentou interesse de transformação das práticas nos processos entre trabalhador-educação-gestão como mostrou-se mais incomodado com a realidade no ambiente de trabalho. Um dos fatores para essa questão seria porque o assistente social é um profissional que possui um perfil questionador e com capacidade de analisar a realidade de uma maneira crítica, ao qual, é uma profissão que se modifica ao transformar as condições em que acontece o seu desenvolvimento, constando em seu Código de Ética que é necessário “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, p. 33).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática profissional nos serviços de saúde mental requer do trabalhador uma postura inovadora, conjunto de conhecimentos e capacidade para enfrentar a demanda que é agravada em um contexto de pandemia. O profissional que ali atua acaba por estar habituado a grande demanda, agindo de maneira mecanizada sem o questionamento de sua atuação como também sem desenvolver um trabalho interdisciplinar.

A COVID-19 impactou a realidade, ocasionando uma crise em diversos setores da sociedade como também refletiu sobre o cenário atual dos serviços de saúde mental, trazendo muitos desafios, como mencionado anteriormente, para o ambiente de trabalho. Desse modo, em um contexto como esse de mudanças, desafios, obstáculos a serem enfrentados, enfatiza a notável relevância da EPS como possibilidade para buscar solucionar situações através da articulação dos profissionais do serviço como também da rede e a comunidade.

O espaço de trabalho pensado como um local também de aprendizagem, em que cada saber é valorizado, faz com que o exercício profissional construa respostas, ampliando o atendimento às necessidades de saúde mental. Não havendo esse processo, a qualidade dos serviços prestados acaba por desenvolver-se fragilmente e o saber teórico-metodológico como também prático-operativo sen-



do aplicado de forma insegura.

A educação permanente propõe que o profissional busque soluções para os problemas que são identificados no serviço. A equipe precisa compreender a realidade do dia a dia e, conjuntamente, procurar alternativas para ofertar um atendimento qualificado e resolutivo. Essa pesquisa foi uma oportunidade de escuta dos profissionais sobre um tema tão importante e que foi pouco debatido no serviço no período da pandemia. Criou um espaço para questionamentos entre os trabalhadores sobre a necessidade de momentos de troca, que foi ampliando também para outros serviços da rede.

Por fim, sugere-se que uma das vias de fortalecimento da EPS no serviço, seria promoção de espaços de diálogo, para discussão das dificuldades e possíveis aprendizados no trabalho. Como também os gestores deveriam prover recursos financeiros para essas atividades, para que os profissionais pudessem contemplar um aprendizado necessário e significativo, oferecendo uma melhor qualidade no trabalho.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, B. C. S. *et al.* Serviço social e educação permanente frente ao covid-19: social service and permanent education in front of covid-19. *Cadernos ESP*, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 167-171, 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/391/233>. Acesso em: 22 fev 2022.

BARBOSA, C. L. *et al.* O desafio cotidiano de ser equipe em um caps. In: RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. França: Press University of France, 1977.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A. Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/3wsBnYKDjF5jvnRQkmmjp4s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BORBA, M. P.; FERNANDES, R. M. C. Serviço social e poder judiciário: aproximações com uma agenda de educação permanente. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 137, p. 155-173, jan./abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.206>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ss-soc/a/hbqh9hgc7Sg5FpJz8vgKnWF/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Educação permanente em saúde: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 10.216, de 06.04.2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.



Brasília, DF: Presidência da República, 6 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.996/GM, 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, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006. V. 9. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento das ações de educação permanente em saúde no Sistema Único de Saúde*: orientações. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão*. 10. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Recomendações para gestores*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

CECCIM, R. B. R. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu): Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-177, set. 2004/ fev. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZyHhFfVKJwkykf8vBm8zTXv/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CRAVEIRO, A. V. *A entrevista no serviço social*. Curitiba: Nova Práxis Editorial, 2018.

EZEQUIEL, M. C. D. G. *et al.* Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde - Sieps. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 36, n. 1, p. 112-130, 2012. Supl. 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000300017>. Disponível em: <https://>



www.scielo.br/j/rbem/a/wqSCM7HZHZh8FyH99QPbvJx/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 fev. 2022.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010*: Banco de Dados agregados do IBGE. Rio de Janeiro: IBGE; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>. Acesso em: 22 fev. 2022.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. H. S. O que é um Capsi? In: RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

MAGRINI, J. M.; HOMERCHER, B. M.; VIEIRA, M. V. O impacto da pandemia Covid-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil. In: SERPIN, 5, 2020, São Paulo. SENPINF, 3, 2020, São Paulo. *Anais [...]*. Porto Alegre: PUCRS, 2020. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/serpinfsenpinf/assets/edicoes/2020/arquivos/60.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social, teoria, método e criatividade*. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes: Petrópolis, 2008.

OLIVEIRA, H. C. *et al.* Equipamento de proteção individual na pandemia por coronavírus: treinamento com prática deliberada em ciclos rápidos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, 2020. Supl. 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0303>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reben/a/c8RNDcJWsQx5jqFrzHLGDYt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, set. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/784kG9kynTz8ytKF5Xnyv-FF/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

PINHEIRO, M. C. C.; HYPÓLITO, A. L. M.; KANTORSKI, L. P. Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 9, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15210/JONAH.V9I2.13661>. Disponível: <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2019/12/1047262/2.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PINTO, E. E. P. *et al.* Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-96, 2010. DOI: [10.1590/S1981-77462010000100005](https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000100005). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/kmcXdbfTgjKs-BGG3xzShPGF/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SARRETA, F. O. *et al.* Serviço social e educação permanente em saúde: a potencialidade para integração ensino-serviço. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Uberaba, v.



4, n. 1, p. 17-25, 2016. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/1529>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SARDINHA PEIXOTO, L. *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enfermería Global*, v. 29, n. 1, p. 307-323, 2013. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.1.141801> Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

SILVA, L. A. A. *et al.* Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 765-781, 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P. Educação permanente em saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 43, n. esp., p. 116-126, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s110>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZF8Gg-M4MQjZVKskXS8BdGmN/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

Editor responsável: Rodrigo de Oliveira Azevedo

Recebido em 08 de Abril de 2022.

Aceito em 05 de Dezembro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

BERNARDI, Juliana Magrini; GUAZINA, Félix M. Nascimento. A educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil: desafios no contexto da pandemia da COVID-19. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 67-78, 2022.





Estrutura e espacialidade da APS em Santa Cruz do Sul/RS: um olhar a partir do perfil histórico-populacional

Structure and spatiality of PHC in Santa Cruz do Sul/RS, Brazil: a view from the historical-population profile

Rafaela Manetti Geisler¹
Irene Souza²
Carina Louise Drescher³
Gabriel Couto Machado⁴
Henrique Ziembowicz⁵
Daniela Cardoso Batista⁶
Carolina Loebens Hinterholz⁷
Marcelo Felipe Paul⁸
Nathalia de Oliveira Abi⁹
Isadora Fussiger Theissen¹⁰
Isabela Frighetto¹¹
Janaína Carine Beling¹²
Catiane Kelly Schaefer¹³
Matheus Santos de Souza¹⁴
Daniel Felipe Schroeder¹⁵
Afonso Cima¹⁶
Camilo Darsie¹⁷

¹ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0002-4482-1906>
<http://lattes.cnpq.br/6559306214730089>
geisler.rafaela@gmail.com

² Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0002-5343-5222>
<http://lattes.cnpq.br/1041748688785065>
irenesouza@mx2.unisc.br

³ Biomédica (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0001-5578-9369>
<http://lattes.cnpq.br/5073781951000349>
carinadrescher@mx2.unisc.br

⁴ Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0002-0372-2004>
<http://lattes.cnpq.br/9150845009914685>
Gabriel_Couto_Machado@hotmail.com

⁵ Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0001-9670-9353>
<http://lattes.cnpq.br/1339705858054606>
henriqueziembowicz@gmail.com

⁶ Médica Veterinária, Mestre em Zootecnia (Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil). Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0001-5525-8445>
<http://lattes.cnpq.br/1235907180967196>
danielacb3@gmail.com

⁷ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0002-2996-2372>
<http://lattes.cnpq.br/6650411546111678>
carolinahinterholz@mx2.unisc.br

⁸ Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0001-7733-1316>
<http://lattes.cnpq.br/7399964898480095>
marcelopaul@mx2.unisc.br

⁹ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0002-6070-7652>
<http://lattes.cnpq.br/0998130433569617>
nathaliaoabi@gmail.com

RESUMO

O SUS atravessa limites político-administrativos nacionais, em diferentes escalas. É a política pública que garante a saúde de milhões de brasileiros. Destaca-se que os distintos perfis históricos, sociais, econômicos e culturais, em diversos municípios, demandam atenção às especificidades de ações de saúde. Além disso, diferentes capacidades e direcionamentos de recursos produzem contrastes entre as estruturas sanitárias de localidades nacionais, influenciando a vida dos brasileiros. Assim, objetiva-se apresentar a estrutura que compõem a Atenção Primária em Saúde da cidade de Santa Cruz do Sul, no RS. Para tanto, foi desenvolvida investigação descritiva a partir do último Plano Municipal de Saúde, apoiada em referencial bibliográfico. Os dados indicam que as UBS, ESF, Núcleos Ampliados de Saúde da Família, quadro de funcionários, assim como serviços de outros níveis de atenção do município, estão distribuídas de acordo com as maiores demandas populacionais. O município apresenta questões relacionadas à segregação social que foram historicamente estabelecidas, contudo a estrutura sanitária não reflete tal situação. Conclui-se que os fixos sanitários se alinham às políticas de saúde nacionais de forma adequada.

Palavras-chave: Santa Cruz do Sul; Sistema Único de Saúde; APS; saúde coletiva.

ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (UHS) crosses national political and administrative boundaries at different scales. It is public policy that guarantees the health of millions of Brazilians. It is noteworthy that the different historical, social, economic, and cultural profiles in several municipalities demand attention to the specificities of health actions. In addition, different capacities and allocations of resources produce contrasts among the health structures of national localities, influencing the lives of Brazilians. Thus, the objective is to present the

¹⁰ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0001-6515-5300>
<http://lattes.cnpq.br/3410646167020440>
iftheissen@mx2.unisc.br

¹¹ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0002-7664-0579>
<http://lattes.cnpq.br/1111543948856237>
ifrighetto@mx2.unisc.br

¹² Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0001-9727-6713>
<http://lattes.cnpq.br/0146623544793224>
jcbeling@yahoo.com.br

¹³ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0002-9478-7224>
<http://lattes.cnpq.br/7632227558966400>
catianeschaefer@gmail.com

¹⁴ Acadêmico do curso de Geografia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0003-3200-8421>
<http://lattes.cnpq.br/5510335740233539>
matheus.feat.pain.01.05.1995@gmail.com

¹⁵ Geógrafo, Mestrando em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0002-7887-7588>
<http://lattes.cnpq.br/7771807863681342>
danielfelipeschroeder@hotmail.com

¹⁶ Internacionalista, Mestrando em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Bolsista CNPq.
<https://orcid.org/0000-0001-7781-1707>
<http://lattes.cnpq.br/5495130808798829>
afonsocima94@gmail.com

¹⁷ Doutor em Educação - Pós-doutorado em Saúde Coletiva (2017) e em Educação (2022) Programa de Pós-graduação em Educação e cursos de Medicina e Geografia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
<https://orcid.org/0000-0003-4696-000X>
<http://lattes.cnpq.br/4407126331414792>
camilodarsie@unisc.br

structure that composes the Primary Health Care in the city of Santa Cruz do Sul, RS. For such, descriptive research was developed from the last Municipal Health Plan, supported by bibliographic references. The data indicate that the Basic Health Units, Family Health Strategy, Extended Family Health Centers, the staff, and services at other levels of care in the municipality are distributed according to the highest population demands. The municipality presents issues related to social segregation that were historically established; however, the health structure does not reflect this situation. It is concluded that the health facilities are adequately aligned with the national health policies.

Keywords: Santa Cruz do Sul; Unified Health System; PHC; collective health.

INTRODUÇÃO

Diversas mudanças no setor sanitário ocorreram no decorrer dos anos devido a alterações nos modos de compreender a saúde em diferentes contextos socioeconômicos. O conceito de saúde, outrora entendido como a ausência de agravos capazes de tornar diferentes pessoas fisicamente incapazes ou debilitadas, foi alterado. Após diversos debates e contribuições de variados especialistas, em escala global, as discussões acerca da saúde foram redefinidas por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que a considerou um direito humano que envolve padrões de vida capazes de assegurar bem-estar, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis e da Constituição da Organização Mundial da Saúde que a define como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, s. p).

A partir dessa perspectiva, as políticas públicas passaram, gradativamente, a serem guiadas pela ideia de que em cada pessoa articulam-se distintos fatores biopsicossociais e, ainda, que os cidadãos possuem o direito de assistência plena. O principal objetivo, neste contexto, é deslocar olhares e práticas relativas exclusivamente ao tratamento de doenças e fortalecer a potencialização da vida para que a incidência de enfermidades se torne menor. No Brasil não foi diferente, pois a emergência de novos modos de pensar a saúde abriu espaço para a idealização e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

Em 19 de setembro de 1990, foi promulgada, em todo o território brasileiro, a Lei 8.080 - Lei Orgânica da Saúde - que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde de forma universal, ou seja, para todas as pessoas residentes ou temporariamente presentes em território nacional. Além disso, a lei passou a ordenar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes (BRASIL, 1990). Tal determinação marcou o nascimento, na prática, do SUS, cujas regulamentações referentes

às ações e aos serviços de saúde baseiam-se no fato de que a saúde é um direito fundamental do ser humano, de acordo com princípios internacionais e necessidades nacionais. Portanto, a cobertura de saúde brasileira configura-se como dever do Estado e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2019 - antes da pandemia de Covid-19 - o sistema público de saúde representava a única alternativa de assistência para 71,5% dos brasileiros, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022a).

O SUS, portanto, atravessa limites político-administrativos nacionais, em diferentes escalas, consolidando-se como a política pública que garante a saúde de milhões de brasileiros. Neste contexto, destaca-se que os diferentes perfis históricos, sociais, econômicos e culturais, em diferentes municípios, demandam atenção às especificidades de ações de saúde, em consonância com as normas de organização que visam assegurar o funcionamento adequado dos serviços oferecidos. Além disso, diferentes capacidades e direcionamentos de recursos produzem contrastes entre as estruturas sanitárias de localidades nacionais, influenciando, diretamente, na vida dos brasileiros.

Diante disto, o reconhecimento das estruturas de funcionamento do sistema público de saúde e suas espacialidades, em diferentes cidades, torna-se importante, pois é a partir deste movimento que potencialidades e desafios podem ser identificados e práticas podem ser comparadas, servindo de apoio para gestores, pesquisadores e demais profissionais interessados pelo tema, em diferentes lugares do país. Nesse sentido, este artigo descritivo, desenvolvido por meio de levantamento bibliográfico e da análise do último Plano Municipal de Saúde do município de Santa Cruz do Sul 2018-2021 (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018), localizado no Rio Grande do Sul, objetiva apresentar a distribuição das estruturas que compõem a Atenção Primária em Saúde da cidade.

METODOLOGIA

Por meio da análise documental, foi desenvolvida uma investigação descritiva acerca do último Plano Municipal de Saúde da cidade de Santa Cruz do Sul (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018), disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde em seu *website*. O estudo se baseou, inicialmente, em um levantamento bibliográfico de modo a traçar o perfil populacional municipal e destacar questões relativas à estrutura e disposição dos serviços do SUS. Após, foram elaborados mapas temáticos que apresentam a distribuição das Estratégias Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e demais estruturas de saúde da cidade. As malhas cartográficas foram obtidas no portal de geociências do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados sobre a estrutura de saúde foram obtidos no Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul (2018-2021) (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde). Para a organização dos dados, produção cartográfica e layout dos mapas, foi utilizado o software livre Qgis 3.14.

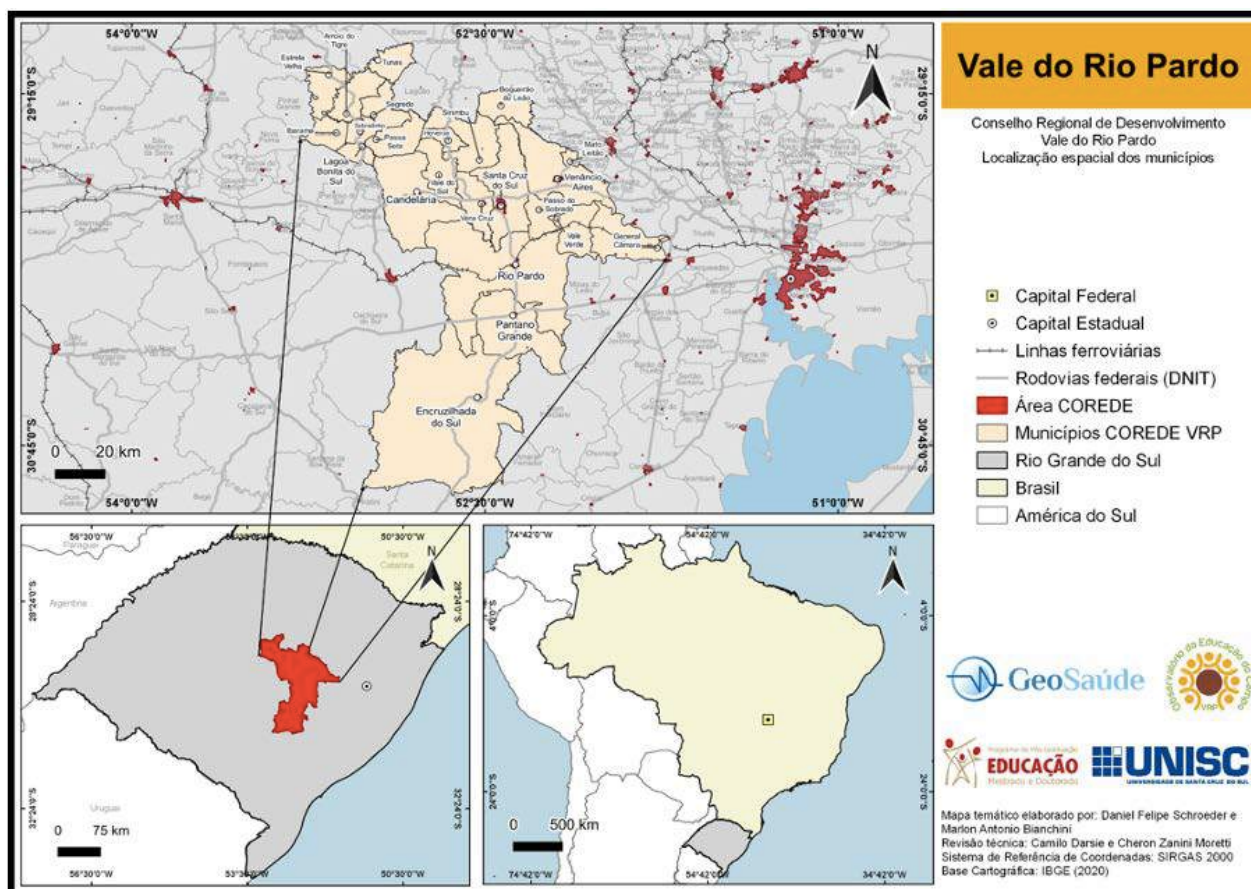


RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil do Município, Constituição Histórica e Desafios Populacionais

O município de Santa Cruz do Sul está localizado no limite inferior da região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, distante 155 km da capital Porto Alegre. Ele faz parte do conjunto de cidades que formam o Vale do Rio Pardo (Mapa 1) e, atualmente, sua população é estimada em 132 mil habitantes, colocando-se como a quinta economia e uma das dez maiores cidades do estado. Apresenta IDH de 0,773 (Brasil 0,762), considerado muito alto, e PIB *per capita* de R\$75.387,36 (Brasil R\$35.161,70), maior que o dobro da média nacional. Em 2010, segundo o último Censo Demográfico, 86,12% da população se autodeclara branca, sendo pretos e pardos 13,75% e amarelos e indígenas 0,37%. Sua população é predominantemente formada por descendentes de imigrantes alemães, devido aos movimentos de colonização que deram origem ao município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022a; 2022b; SANTA CRUZ DO SUL. Prefeitura Municipal, 2022; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2022).

Mapa 1 - Vale do Rio Pardo



Fonte: SCHROEDER *et al.* (2021).



Os primeiros imigrantes alemães chegaram na região em 1849, dando início a um período marcado pela economia de subsistência (WINK, 2002). De acordo com Hirsch e Souza (2022), ao chegarem, fizeram uso de terras desprezadas pelos fazendeiros locais por serem consideradas improdutivas e impróprias para a criação do gado. Deste modo, os imigrantes se voltaram para a agricultura de subsistência, já que não tinham recursos para produzirem em larga escala. Porém, conforme a produção se tornou mais robusta, com o passar dos anos, começaram a atender o mercado regional (KARNOPP; MIORIN, 1995; NORONHA, 2012).

Durante o período de 1850 a 1870, os excedentes da produção nas colônias passaram a ser comercializados, o que possibilitou a superação da condição de extrema pobreza. Tal fato permitiu a formação de vilas e uma rede de comércio rural. Assim, em 28 de setembro de 1878, Santa Cruz do Sul se tornou uma cidade autônoma, o que oportunizou a formação de uma média burguesia local. Nesse contexto, os agricultores passaram a ter condições de formar pequenos estabelecimentos comerciais e industriais (WINK, 2002; NORONHA, 2012).

Durante o período compreendido entre 1860 e 1881, as atividades comerciais e artesanais passaram a se destacar na cidade, sendo consideradas a “linha de frente” da economia local, fortalecendo a mercantilização dos produtos agrícolas. O produto que mais se destacou foi o fumo, que passou a ser produzido em larga escala, fomentando a entrada de capitais industriais na colônia. Entre 1878 e 1917, apoiada pela produção e exportação do tabaco, Santa Cruz do Sul desenvolveu-se de maneira acelerada, destacando-se a instalação do ramal ferroviário que aumentou a capacidade de exportações (WINK, 2002).

O período de industrialização foi intensificado entre os anos de 1917 e 1965, com a implantação de um parque industrial, ocasionando um rápido crescimento populacional, de serviços e de equipamentos. Foi neste período, a partir da década de 1920, que pequenos edifícios passaram a ser construídos com maior frequência, enquanto os serviços prestados à população se multiplicaram resultando na expansão urbana (HIRSCH; SOUZA, 2022). De 1965 até a atualidade, Santa Cruz do Sul tornou-se um polo econômico regional baseado na especialização fumageira. Resultante do seu rápido desenvolvimento, todavia, alguns problemas como a migração das áreas rurais para a área urbana, o empobrecimento das localidades periféricas e a dependência econômica da agroindústria fumageira se tornaram evidentes.

Diversas aglomerações residenciais periféricas surgiram através de ocupações irregulares de terrenos por migrantes da zona rural de Santa Cruz do Sul, bem como das zonas urbanas e rurais de municípios adjacentes que eram atraídos constantemente pela possibilidade de emprego na “capital do fumo”. Segundo Skolaude (2010, s. p.),

no caso de Santa Cruz do Sul, a década de 1970 é paradigmática neste sentido, pois o município apresenta grandes transformações sociais, políticas e econômicas ocasionadas por um intenso processo de urbanização, acompanhado por um considerável crescimento demográfico, decorrência do grande fluxo de migrantes vindos de municípios vizinhos e



do interior do município, motivados pela perspectiva de trabalho no setor fumageiro que se encontrava em plena ascensão econômica.

Tais eventos fizeram com que a população mais abastada tenha se transferido para áreas mais centrais, ocasionando uma significativa divisão de grupos socioeconômicos na cidade. De certo modo, tal divisão interfere, até o presente, em possibilidades laborais, oportunidades de estudo e demais dinâmicas sociais, fato que interfere significativamente nos índices de saúde locais. De acordo com Silva e Weschenfelder (2010) a tradição imputada aos descendentes de alemães acabou acirrando uma diferenciação entre grupos raciais na cidade, fazendo com que os não pertencentes às narrativas identitárias predominantes acabem sendo afastados do espaço urbano mais desenvolvido economicamente.

Assim, a região sul da cidade passou a ser caracterizada pela existência de aglomerados populacionais mais carentes (HIRSH; SOUZA, 2022). Silva e Silveira (2020) apontam que a partir de 1980, a cidade passou por diversas mudanças espaciais, incluindo a verticalização do centro da cidade e bairros próximos, bem como a intensificação da expansão da sua área urbana, consequência da criação de loteamentos e condomínios fechados. A partir de 1990, iniciou-se a expansão da região norte da cidade, destinada à população de alta renda, tendo em vista a construção de condomínios e loteamentos voltados para a classe média, conforme explicado por Reis (2018, p. 14):

na zona norte [...] no final dos anos 1990, surgiu a produção de novos produtos imobiliários para a população de alta renda. Aludem que, após 2005, nota-se a expansão para o nordeste, com a construção de loteamentos voltados à classe média, bem como a sudeste, pela execução de novos loteamentos populares. Sobre o processo de verticalização, [...] se intensificou na área central, e desta em direção à zona norte.

Neste período, o município passou a atentar, mais detidamente, à necessidade de investimentos no que se refere à atenção da saúde familiar, de modo a contemplar as políticas nacionais de saúde. Para além, em um contexto de IDH e PIB relativamente altos, reforçou-se a preocupação relacionada aos chamados “Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis”, formados pelas populações negra e indígena - tradicionalmente excluídas das narrativas identitárias locais - e, ainda, pelas pessoas com deficiência (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018).

No que diz respeito à população indígena, o Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul 2018-2021 (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018) refere que a chegada de indígenas provenientes do norte do estado, especialmente Guaranis e Kaingang, na cidade é sazonal (Páscoa e Natal), a fim de comercializarem produtos manufaturados. Portanto, a estrutura pública oferece alojamento no Albergue Municipal e acompanhamento de assistência social, mas não sinaliza metas ou ações relacionadas à promoção da saúde desta população que, mesmo pouco representada, é existente no município. Além disso, o Plano destaca a necessidade de acompanhamento das pessoas



com deficiência, de modo a serem contempladas suas necessidades de saúde, tanto relacionadas a aspectos gerais quanto às demandas específicas relacionadas às deficiências (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde). No entanto, é possível destacar que aspectos relacionados à acessibilidade não são aprofundados no documento.

No que diz respeito à população negra, de acordo com o documento, objetiva-se promover a saúde integral dos moradores do município, a partir da redução das desigualdades étnico-raciais e do combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços de saúde. Considera-se, para tanto, a transversalidade da política de modo a ser trabalhada no âmbito das ações de saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança, do Idoso, saúde mental, bucal, IST/AIDS e Atenção Básica. Desta forma, um conjunto de metas ligadas à capacitação de servidores e à participação de lideranças e organizações negras, nos espaços de gestão, passou a fazer parte das projeções do Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul 2018-2021 (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018).

Neste contexto, é relevante destacar que devido aos aspectos discorridos até aqui, o Plano apresenta a distribuição de moradores negros nos bairros da cidade (Tabela 1), fato que sugere a preocupação dos gestores de saúde com a organização de ações que sejam significativas para a melhoria da qualidade de vida deste recorte populacional. Ainda, é importante frisar que os bairros em que a quantidade de moradores negros é maior, localizam-se na porção sul do município (Mapa 2), considerada a mais empobrecida e com menores estruturas domiciliares em comparação às demais, conforme apontado anteriormente. Tal situação alinha-se aos dados nacionais, pois no ano de 2018, havia maior número de pessoas negras residindo em domicílios carentes de coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca) e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca) (JESUS, 2020).

Tabela 1 - Distribuição da população negra por bairros (próxima página)



BAIRRO	Nº PESSOAS
DO PARQUE	0
JARDIM EUROPA	2
JOÃO ALVES	5
COUNTRY	9
HIGIENÓPOLIS	11
MONTE VERDE	14
GERMÂNIA	25
SANTO ANTÔNIO	30
LINHA SANTA CRUZ	34
CASTELO BRANCO	44
VÁRZEA	60
INDEPENDÊNCIA	65
AVENIDA	75
RAUBER	82
RENASCENÇA	90
SANTO INÁCIO	103
PROGRESSO	106
BELVEDERE	106
SANTUÁRIO	107
CENTRO	112
SÃO JOÃO	119
DONA CARLOTA	132
UNIVERSITÁRIO	133
GOIÁS	134
ESMERALDA	162
ALIANÇA	179
SCHULZ	221
ANA NERY	230
BONFIM	237
MARGARIDA	262
ARROIO GRANDE	283
SENAI	347
PEDREIRA	481
SANTA VITÓRIA	603
BOM JESUS	773
FAXINAL MENINO DEUS	846
TOTAL	6222

Fonte: (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018)

Observa-se, no contexto do município de Santa Cruz do Sul, que os processos históricos, sociais, culturais e econômicos de formação do município definem, ainda hoje, desafios populacionais associados à saúde pública que direcionam ações e metas do PMS, tendo em vista, especialmente, seu perfil sócio-histórico. Tal situação atravessa, deste modo, a organização local do sistema e a distribuição espacial da estrutura de saúde na cidade.

A Organização do Sistema Público de Saúde em Santa Cruz do Sul

Tendo como ponto de partida os critérios de organização do SUS, considera-se a necessidade de redes de saúde regionalizadas e hierarquizadas. Cada região é formada por cidades limítrofes e deve contar com serviços compartilhados de Atenção Primária em Saúde, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde. Todas



estas instâncias são consideradas portas de entrada do SUS, ou seja, locais de atendimento iniciais que inserem os usuários na rede de saúde (KIRST; DARSIE, 2021; DARSIE *et al.*, 2021).

Conforme apontado pelo Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul (2018-2021), a cidade começou a organizar a sua oferta de serviços, de acordo com tais critérios, a partir de 2008, quando foi estabelecida uma Secretaria de Saúde distinta. Hoje, o município faz parte da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, pertencente à 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, composta ainda por Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires, Vera Cruz.

Partindo das regiões de saúde, em todo o território nacional, as ações e serviços sanitários devem ocorrer em níveis de complexidade crescentes garantindo o acesso universal aos usuários do sistema. Os atendimentos de baixa complexidade normalmente ocorrem através da Atenção Primária em Saúde (EPS), nas UBS ou ESF que possuem estruturas físicas simples e com pouca maquinaria, mas contam com Equipes de Saúde da Família, multidisciplinares, que acompanham usuários por meio de atendimentos domiciliares, de ações focadas na promoção da saúde e na prevenção de riscos (CHUEIRI; HARZHEIMA; TAKEDA, 2017).

Este nível é imprescindível para a coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), visto que está amplamente distribuído no Brasil, cobrindo grande parcela da população. O SUS baseia suas condutas nessas redes, uma vez que há a necessidade de responder às demandas de doenças infectocontagiosas, crônicas e de causas externas, concomitantemente, à obtenção de melhores resultados econômicos e epidemiológicos (MENDES, 2011).

Para uma efetiva organização das RAS, é necessário que haja recursos suficientes, que os serviços trabalhem de forma integrada, contando com uma distribuição adequada dos níveis de atenção e que exista qualidade de acesso a todos os usuários das redes. Ainda, é necessário considerar a articulação do conjunto de políticas públicas e a integralidade do cuidado a partir das grandes diferenças regionais de um país do tamanho do Brasil. Dessa forma, uma das dificuldades da implementação das RAS é a estrutura heterogênea que o país apresenta, com diferentes parâmetros econômicos e sociais em diferentes localidades, estados e regiões (REIS *et al.*, 2017).

O nível secundário envolve atividades que requerem profissionais especializados e equipamentos de maior densidade tecnológica. Os atendimentos são desenvolvidos, então, em centros de saúde, policlínicas e pequenos hospitais (BLEICHER; BLEICHER, 2016). Para Erdmann *et al.* (2013), esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Nesse sentido, é possível entender que as ações secundárias estariam em um conjunto mais amplo, podendo envolver as atividades ambulatoriais. Já no que se refere ao terceiro nível de atenção à saúde no SUS, conforme Bleicher e Bleicher (2016), ele exige profissionais bastante especializados e muitos equipamentos de alta complexidade tecnológica, em geral bastante caros, sendo ofertado em grandes hospitais. De fato, a expectativa é de que no nível



terciário existam suportes tecnológico e profissional capazes de atender a situações que no nível secundário não puderam ser tratadas por serem casos raros ou demasiadamente complexos.

Diante destas questões, destaca-se que os serviços de saúde ofertados à população de Santa Cruz do Sul compreendem uma rede completa, pois a APS conta com Agentes Comunitários de Saúde, UBS, ESF, Centro Materno Infantil (Cemai), Hospitalzinho e Divisão de Saúde Bucal. No nível secundário, os serviços de Atenção Especializada disponíveis no município são o Centro Municipal de Atendimento à Sorologia (Cemas), o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) II, o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Capsi), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) III, a Unidade de Acolhimento Infante Juvenil, a Central de Distribuição de Medicamentos, a Central de Marcação/Cartão SUS, a Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (Umrest-Cerest/Vales), a Vigilância em Saúde (Sanitária, Imunizações, Epidemiológica e Ambiental), além dos programas Bem-Me-Quer, Melhor em Casa, Primeira Infância Melhor e Samu (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018).

Os procedimentos de alta complexidade ocorrem em diversas áreas, com serviços de reabilitação e recursos que vão da Medicina Preventiva a intervenções estéticas. Essa estrutura é composta por três hospitais - Santa Cruz, Ana Nery e Monte Alverne – cerca de 50 consultórios, mais de 220 médicos, dezenas de clínicas, gabinetes odontológicos e laboratórios com aparelhos de última geração (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018).

Diante disto, constata-se que a cidade oferece uma boa estrutura de saúde em seus três níveis de complexidade, pois é capaz de dar conta das necessidades da população local e servir como referência aos municípios de sua região. Assim, intenta-se, nas próximas linhas, descrever a estrutura e espacialidade da APS, tendo em vista analisar a cobertura de saúde ofertada de acordo com as regiões da cidade e a partir da disposição dos grupos considerados vulneráveis.

Estrutura da Atenção Primária em Saúde de Santa Cruz do Sul

A rede de Atenção Primária em Saúde do município é responsável pelo atendimento das demandas básicas da população. Conforme indicado no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018), a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família é de aproximadamente 60%, com previsão de expansão para 82% da população. Destaca-se, neste contexto, que 144 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 30 enfermeiros/as, 32 médicos/as, 56 técnicos/as de enfermagem, 20 cirurgiões dentistas e 20 auxiliares de saúde bucal (Tabela 2), distribuídos em 22 ESF e 9 UBS, em áreas urbana e rural (Mapas 2 e 3), acompanham a comunidade.

Ainda, as ESF priorizam os grupos e fatores de risco clínicos comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis. Nelas são realizados acolhimentos com escuta qualificada, indicação de classificação de riscos e análise de vulnerabilidade visando a assistência resolutiva às demandas espontâneas. Seus



funcionários realizam ações em domicílios, assim como em espaços comunitários como escolas, creches, salões, praças entre outros. Também são realizadas ações educativas relacionadas aos processos saúde/doença para que sejam estimuladas a autonomia individual e coletiva na busca por qualidade de vida (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018).

Tabela 2 - Recursos Humanos da Atenção Básica no Município de Santa Cruz do Sul - RS (UBS x ESF)

Estratégia Saúde da Família	Enfermeiro	Médico	Técnico Enf.	ACS	C. Dentista	ASB
A. PAREDÃO	1	1	1	9	1	1
ARROIO I	1	1	2	7	1	1
BOA VISTA	1	1	2	7	0	0
BOM JESUS	1	1	2	5	1	1
CRISTAL	1	1	1	7	1	1
PEDRO EGGLER	1	1	2	8	1	1
ESMERALDA I	1	1	1	5	1	1
FAXINAL	1	1	2	5	1	1
GASPAR	1	1	2	4	1	1
GLÓRIA	1	1	2	4	0	0
LINHA SC	1	1	2	7	1	1
MARGARIDA	1	1	2	4	1	1
MENINO DEUS	1	1	2	5	1	1
MONTE ALVERNE	1	1	1	5	0	0
PEDREIRA	1	1	1	6	1	1
FIGUEIRA	1	1	1	4	0	0
PINHEIRAL	1	1	2	1	0	0
PROGRESSO	1	1	2	7	1	1
RAUBER	1	1	2	6	1	1
RIO PARDINHO	1	1	2	5	1	1
SENAI	1	1	2	5	1	1
VIVER BEM	1	1	1	7	0	0
Unidade Básica de Saúde	Enfermeiro	Médico	Técnico Enf.	ACS	C. Dentista	ASB
ARROIO GRANDE	1	1	1	4	0	0
AVENIDA	1	1	2	3	1	1
POSTO CENTRAL	1	3	4	0	0	0
BELVEDERE	1	1	2	3	0	0
COHAB	1	1	2	2	1	1
ESMERALDA	0	0	1	2	0	0
JACOB	1	1	3	6	1	1
VERENA	1	1	2	1	0	0
PRISIONAL	1	1	2	0	1	1

Fonte: (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018)



Vale destacar que as Equipes das ESF visam a organização do sistema de saúde de acordo com os preceitos do SUS, no sentido de favorecerem a reorientação dos processos de trabalho e a ampliação da resolutividade e dos impactos acerca da saúde da população. Para tanto, o trabalho das equipes é caracterizado pela definição de territórios de atuação e implementação de atividades de acordo com as necessidades específicas das populações dos territórios. Prioriza-se, nestes territórios, as intervenções clínicas e sanitárias sobre problemas da saúde frequentes. São participantes da APS, também, no município, dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das unidades, atuando diretamente no apoio às equipes (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018).

Segundo Pastoriz (2016), a territorialização é a alternativa a ser usada para reconhecer o território como matéria viva a fim de organizar o processo de trabalho. Adaptadas à realidade local, a elaboração de políticas em rede traz soluções mais direcionadas às demandas de territórios específicos. Sendo assim, a territorialização é um processo sociopolítico imprescindível para que os princípios constitucionais do SUS sejam praticados, através do planejamento descentralizado, de ações intersetoriais e impacto nos determinantes da saúde, proporcionados por esse recurso (FARIA, 2020; PASTORIZ, 2016).

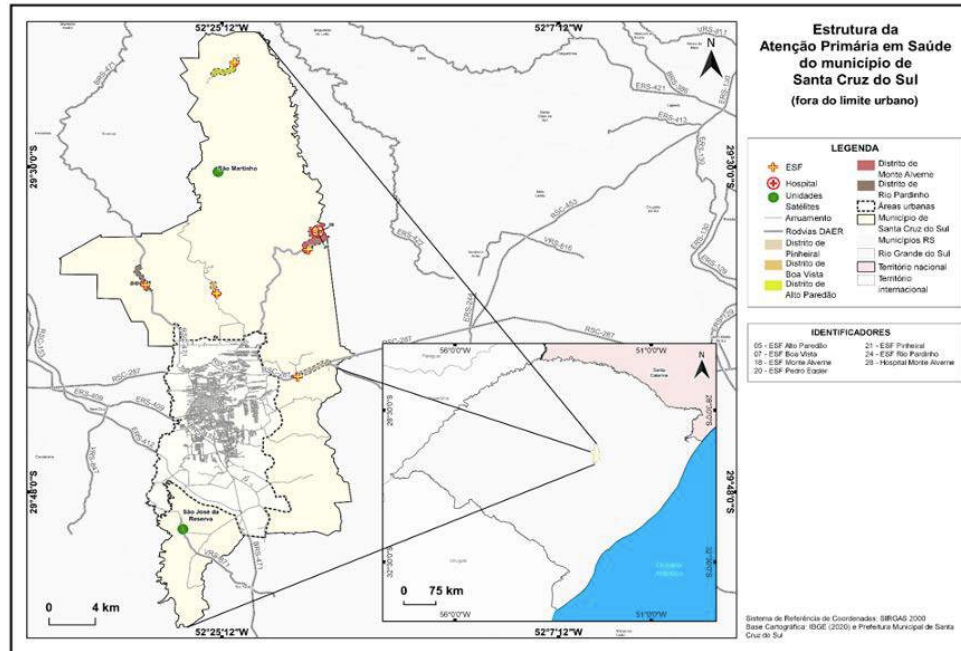
A territorialização demarca as áreas de atuação da APS, realizando o controle dos usuários dos serviços de saúde a fim de conhecer a população como um todo e desenvolver ações para determinadas populações por meio das ESF (FARIA, 2020). Esse processo é de extrema importância para que haja melhor organização dos serviços, pois é por meio dele que se planeja o acompanhamento contínuo da população (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006). Portanto, é pela territorialização que se presume o diagnóstico das características sociais, epidemiológicas e demográficas de tal local. Entretanto, para que isso ocorra de maneira adequada, a equipe de saúde deve cadastrar todas as famílias, possibilitando detectar fatores de risco e problemas de saúde da população, programar planos de ação que visem enfrentar fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, prestar atendimento integral à comunidade, além de desenvolver práticas educativas para construir um maior conhecimento com a população (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997).

Nesse viés, percebe-se o quão essencial é o processo de territorialização no Brasil e, mais detidamente, em Santa Cruz do Sul, uma vez que partindo dele é possível se realizar análises acerca do estado de saúde da população e planejar e programar estratégias que assegurem a resolubilidade do sistema (DIAS *et al.*, 2009). A territorialização é fundamental para que ocorra o bom funcionamento dos serviços de saúde, já que é a partir dela que se delimita quais comunidades serão assistidas pela ESF, que se conhece a realidade da população e que se cria vínculos entre os usuários do serviço e os



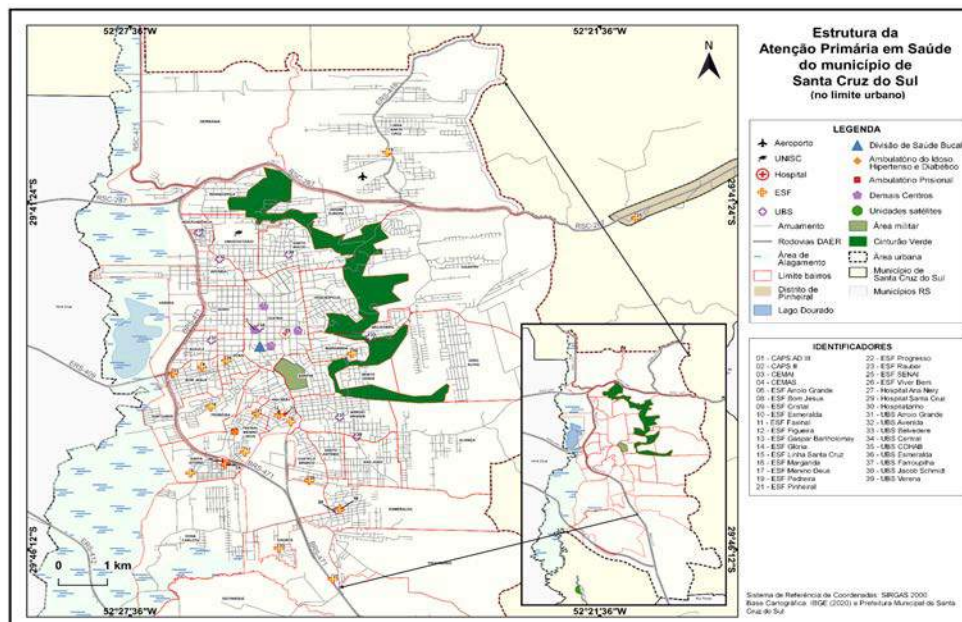
profissionais que o prestam, fazendo com que o sistema funcione de modo a atender todos que dele necessitam.

Mapa 2 - Estrutura APS no município



Fonte: elaborado pelos autores

Mapa 3 - Estrutura APS no município - zona urbana



Fonte: elaborado pelos autores



Conforme pode ser observado, seguindo as demandas ocasionadas pela divisão socioeconômica do município, conforme indicado, a maioria das ESF e seus territórios de saúde estão concentradas na porção meridional do município. Além disso, a disposição de ESF em pontos da zona rural garante o acompanhamento de usuários que se encontram distantes do centro urbano, onde se localiza a maior concentração de serviços de maior complexidade. Neste contexto, pode-se aferir que a distribuição da estrutura da APS garante a diminuição de potenciais problemas ocasionados pela segregação social que marca o município.

Além disso, a APS da cidade conta com equipe de redução de danos, cujo objetivo é reduzir os problemas associados ao uso de drogas em pessoas que não podem ou não querem parar de usá-las. As ações ocorrem em parceria com o Consultório na Rua (CnaR), no período da noite, desde 2014, contando com 9 profissionais: 5 redutores de danos, 1 motorista, 1 técnico de enfermagem, 1 assistente social e 1 médico (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018). Entre os serviços da APS no município, há, ainda, a Unidade Prisional de Saúde que opera junto ao Presídio Regional da cidade, que conta com uma população de cerca de 350 apenados (incluindo aproximadamente 30 mulheres). Seu objetivo é oferecer às pessoas privadas de liberdade um sistema de atendimento estruturado, visando diminuir a incidência de complicações e agravos, bem como a redução das internações hospitalares, trabalhando ações de prevenção e promovendo a inserção social do apenado. Para tanto, trabalham 1 enfermeira, 1 médico, 1 técnico de enfermagem, 1 odontólogo, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 assistente social e 1 psicóloga. No que se refere à saúde bucal, o documento analisado expõe que a APS garante uma cobertura populacional de 29,93%, a partir da Central Odontológica e de Projetos e Programas específicos de Atenção em Saúde Bucal (SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde, 2018).

De modo geral, a estrutura municipal de APS, alinha-se positivamente aos preceitos do SUS, considerando as demandas do município e, em especial, questões relacionadas ao perfil populacional da cidade. Certamente, a distribuição dos serviços de APS saúde e a quantidade de profissionais envolvidos no trabalho pode ser incrementada, de modo a contemplar problemas específicos que fazem parte das dinâmicas de quaisquer cidades, porém, ao ser analisada pela perspectiva espacial, é bem organizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é uma política pública de saúde que atravessa o Brasil, atuando em diferentes escalas e localidades administrativas. Deste modo, é correto afirmar que especificidades culturais, econômicas, sociais e etc., ocasionam distinções relacionadas ao seu funcionamento e às suas estruturas em cidades diversas. Assim, uma investigação descritiva de estruturas municipais sanitárias visa indicar potencialidades e desafios em diferentes localidades do Brasil, para auxiliar gestores, pesquisadores



Estrutura e espacialidade da APS em Santa Cruz do Sul/RS: um olhar a partir do perfil histórico-populacional e profissionais.

No que se refere ao município de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul, destaca-se que a distribuição dos serviços de APS é condizente com as preocupações dos serviços de saúde da cidade, visto que concentram-se nas zonas em que há maiores demandas de acompanhamento.

REFERÊNCIAS

BLEICHER, L.; BLEICHER, T. Esse tal de SUS. In: *Saúde para todos, já!* Salvador: EDUFBA, 2016. p. 15-40.

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: 21 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 21 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA>. Acesso em: 21 jul. 2022.

CHUEIRI, P. S.; HARZHEIMA, E.; TAKEDA, S. M. P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 91-18, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1363>. Acesso em: 21 jul. 2022.

DARSIE, C. *et al.* A Covid-19, o Sistema Único de Saúde e o difícil enfrentamento da doença no Brasil. In: CRUZ, L. R.; HILLESHEIM, B.; EICHHERR, L. M. *Interrogações às políticas públicas sobre travessias e tessituras do pesquisar*. 1. ed. Florianópolis: Abrapso, 2021. p. 177-197. v. 1.

DIAS, E. S. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mWGmY7wLr4zwmTCFyjFmFCQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2022.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. e00100018, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100018>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 maio 2022.

ERDMANN, A. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 131-139, 2013.



DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cbBdJkRpWnv74KRLYDsjqcB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 abr. 2022.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202511.30662018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2022.

HIRSCH, T. B.; SOUZA, C. D. Perfis de violência em escolas estaduais de Santa Cruz do Sul/RS a partir do conceito de Região. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 110-125, 2022. DOI: 10.17058/agora.v24i1.16718. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/agora/article/download/16718/10369>. Acesso em: 21 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Saúde IBGE*. Brasília, DF: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude.html>. Acesso em: 19 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE Cidades: Santa Cruz do Sul*. Brasília, DF: IBGE, 2022b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-cruz-do-sul/panorama>. Acesso em: 23 mar. 2022.

JESUS, J. G. *Negros em movimento: migração e desigualdade racial no Brasil*. 2020. Tese (Doutorado) – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz. Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2020.

KARNOPP, E.; MIORIN, V. M. F. A pequena produção familiar de hortifrutigranjeiros. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 1995.

KIRST, C.; DARSIE, C. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Asklepion: Informação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 91-112, 2021. Disponível em: <https://asklepionrevista.info/asklepion/article/view/21>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: OPAS, 2011.

NORONHA, A. E. *Beneméritos empresários: história social de uma elite de origem imigrante do sul do Brasil (Santa Cruz do Sul, 1905-1966)*. 2012. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação em História, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/2424/1/438175.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU*. Brasília, DF: ONU, 1948. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/7/docs/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf. Acesso em: 4 abr. 2022.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. Declaração Mundial da Saúde, 1946. Disponível em: http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF2/0902_Constituic%CC%A7a%CC%83o%20da%20Organizac%CC%A7a%CC%83o%20Mundial%20da%20Sau%CC%81de.pdf. Acesso em: 9 set. 2022.

PASTORIZ, L. D. S. *Território e territorialização em saúde: uma revisão da literatura*. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/149361>. Acesso em: 4 abr. 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Desenvolvimento humano e IDH*. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 2022. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>. Acesso em: 1 jun. 2022.

REIS, A. A. C. *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kH9mph6vVhWvKLGbSX4bBFd/?lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2022.

REIS, J. M. *A indústria da construção civil e a expansão da periferia urbana de Santa Cruz do Sul/RS – Brasil*. 2018. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2018.

SANTA CRUZ DO SUL. Prefeitura Municipal. *Município de Santa Cruz do Sul*. Santa Cruz do Sul: Prefeitura Municipal, 2022. Disponível em: <https://www.santacruz.rs.gov.br>. Acesso em: 23 mar. 2022.

SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018–2021*. Santa Cruz do Sul: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: https://www.santacruz.rs.gov.br/download/PLANO_MUNICIPAL_DE_SAUDE_SCS_2018_2021.pdf. Acesso em: 31 mar. 2022.

SCHROEDER, D. F. *et al.* *Localização espacial dos municípios do Vale do Rio Pardo*. 2021. 1 mapa. Escala 1:10. Disponível em: <https://geosaudevrp.org/2021/09/26/localizacao-espacial-dos-municipios-do-vale-do-rio-pardo/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

SILVA, M. L.; WESCHENFELDER, V. I. Sujeitos rasurados: uma análise da construção da identidade afrodescendente a partir dos espaços educativos no território do Rio Grande do Sul. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 259-281, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 maio 2022.

SKOLAUDE, M. S. História e identidade em uma cidade de colonização alemã no sul do Brasil: o caso de Santa Cruz do Sul. *Revista Eutomia*, Recife, v. 2, p. 1-18, 2010. Disponível em: <https://>



Estrutura e espacialidade da APS em Santa Cruz do Sul/RS: um olhar a partir do perfil histórico-populacional

periodicos.ufpe.br/revistas/EUTOMIA/article/view/1718/1301. Acesso em: 1 abr. 2022.

WINK, R. *Santa Cruz do Sul: urbanização e desenvolvimento*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2002.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 01 de Junho de 2022.

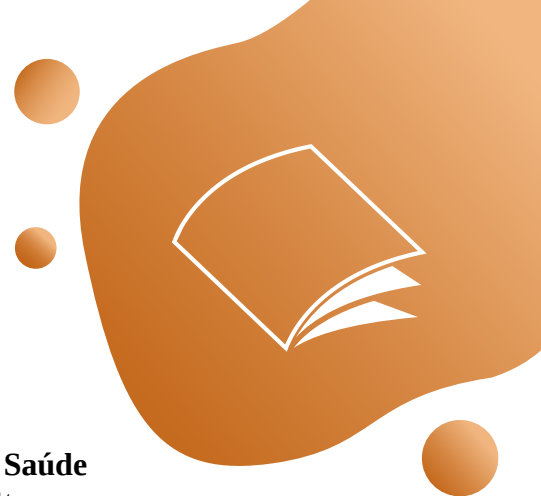
Aceito em 15 de outubro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

GEISLER, Rafaela Manetti; SOUZA, Irene; DRESCHER, Carina Louise; *et al.* Estrutura e espacialidade da APS em Santa Cruz do Sul/RS: um olhar a partir do perfil histórico-populacional. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 79-96, 2022.





A judicialização da saúde na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS): uma análise dos processos judiciais relacionados às consultas especializadas no período de 2018 a 2019

The judicialization of health in the 18th Regional Health Coordination: an analysis of the judicial processes related to specialized consultations from 2018 to 2019

Lariane da Silveira Maciazeki ¹
Rosa Maria Levandovski ²

RESUMO

A expressão Judicialização da saúde indica um fenômeno que se concretiza por meio das demandas que chegam ao Poder Judiciário requerendo a satisfação das necessidades em saúde não atendidas pelo Estado enquanto provedor ou regulador. Metodologia: Estudo transversal retrospectivo e descritivo da análise documental dos registros de processos judiciais em saúde movidos contra a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul-RS, tendo como objeto consultas especializadas dos residentes da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde no período de 2018 a 2019. Resultados: Foram impetrados 363 processos judiciais relacionados à demanda por consultas especializadas, (82,6%) ajuizada pela Defensoria Pública do RS, e (82,1%) oriundos do Sistema Único de Saúde. O tempo médio estimado pelo serviço de regulação estadual, para as diferentes especialidades, foi de 250 dias, tendo uma mediana de 133 dias, chegando a apresentar tempos de espera de até 1471 dias para a obtenção de uma consulta médica especializada. A especialidade mais requerida foi a oncologia adulto (23,1%). Considerações finais: A Judicialização na saúde é uma questão complexa, e envolve vários atores nas três esferas de governo, deve ser articulada e pensada em uma perspectiva global, reconhecendo as características locais, objetivando a reduzir a necessidade de o cidadão recorrer ao sistema jurídico para ter êxito na integralidade do cuidado.

Palavras-chave: judicialização da saúde; encaminhamento e consulta; regulação e fiscalização em saúde; equidade.

ABSTRACT

The expression “Judicialization of Health” indicates a phenomenon materialized through the demands that reach the Judiciary Branch requiring the satisfaction of health needs not met by the State as a provider or regulator. Methodology: This is a retrospective and descriptive cross-sectional study of the documentary analysis of the records of health judicial processes filed against the State Secretariat of Health of Rio Grande do Sul (RS), Brazil, having as object specialized consultations of the residents of the 18th Regional Health Coordination from 2018 to 2019. Results: A total of 363 judicial processes were filed related to the demand for specialized consultations, 82.6% filed by the Office of the Public Defender of RS and 82.1% stemming from the Unified Health System. The average time estimated by the state regulatory service for the different specialties was 250 days, with a median of 133 days, even reaching waiting times of up to 1471 days to obtain a specialized medical consultation. The most requested specialty was adult oncology (23.1%). Final considerations: Judicialization in health is a complex issue involving several actors in the three spheres of government; it must be articulated and thought of from a global perspective recognizing local characteristics, aiming to reduce the need for citizens to resort to the legal system to succeed in comprehensive care.

Keywords: judicialization of health; referral and consultation; health regulation and inspection; equity.

¹ Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, pelo Programa de Pós Graduação em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS – GHC. Enfermeira Reguladora da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - SES/RS.
<https://orcid.org/0000-0002-1992-0021>
<http://lattes.cnpq.br/7516490324498426>
larimaciazeki@gmail.com

² Doutora, Farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; Professora Permanente do PPG em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, nível de Mestrado Profissional do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde/Escola GHC do Hospital Nossa Senhora Conceição; Professora Permanente do PPG em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCol/UFRGS).
<https://orcid.org/0000-0001-7212-633X>
<http://lattes.cnpq.br/6780425498817847>
rosa@ghc.com.br

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde expressa reivindicações legítimas de cidadãos e instituições para garantir o acesso aos direitos de cidadania amplamente afirmados em leis internacionais e nacionais. Envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA *et al.*, 2010).

No Brasil, os primeiros casos de ações judiciais contra o Estado exigindo acesso a tratamento ocorreram no início dos anos 1990. Na ocasião, pacientes buscavam medicamentos mais eficazes para HIV/AIDS, reivindicando na justiça a obrigação do Estado em fornecer o tratamento mais efetivo existente na época com acesso universal (BRASIL, 2005; CONCORDE, 1994).

Esses avanços judiciais impulsionaram as políticas públicas na assistência às pessoas com HIV/AIDS e foram propulsores de outros movimentos sociais organizados e da população em geral. Afere-se que a reivindicação judicial passa a ser largamente utilizada como mecanismo de garantia de direitos e de ampliação de políticas públicas, aumentando, inclusive, a atuação do Ministério Público nesse âmbito (VIANNA; BURGOS, 2005). Pode-se dizer, portanto, que a atuação do judiciário no acesso à assistência à saúde tem repercussões sobre a gestão, influenciando na tomada de decisão, que, ao menos em parte, decorre das deficiências da própria administração pública (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009). No entanto, alguns estudos realizados sobre a judicialização da saúde têm enfatizado os efeitos negativos desse tipo de demanda na governabilidade e na gestão das políticas e das ações de saúde. Uma das principais justificativas é a de que esse tipo de intervenção no Sistema Único de Saúde (SUS) aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos mais esclarecidos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo da necessidade de outros (CHIEFFI; BARATA, 2010; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Ainda sobre os efeitos negativos, a alta e persistente demanda judicial, combinada com respostas automáticas e insatisfatórias sem a devida e cuidadosa análise crítica pelos atores envolvidos, pode provocar algum tipo de “disfunção nos sistemas” (BARROSO, 2007). E, nesse sentido, causar prejuízos significativos à efetividade (individual e coletiva) do direito à saúde, com violação de princípios éticos e legais importantes, como o acesso igualitário (VENTURA *et al.*, 2010).

Há outros estudos que chamam a atenção para o risco sanitário relativo à incorporação de novas tecnologias pelo Poder Judiciário, o qual não detém o conhecimento técnico necessário para sua avaliação e a legitimidade para intervenção na esfera de atuação dos demais poderes (CHIEFFI; BARATA, 2010; DALLARI, 2010; MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011). Ainda, Biehl, Socal e Amon (2016) afirmam que não se pode generalizar e deixar de reconhecer as diferenças regionais. Além disso, defendem que tentar encaixar todos os dados em uma narrativa singular pode estar contribuindo para uma interpretação tendenciosa da natureza da judicialização e limitando a compreensão de seus motivadores, de consequências e de implicações em níveis locais.



Assim, levando em consideração o exposto, o presente estudo pretende conhecer e compreender as características regionais da ocorrência das demandas judiciais para a obtenção de consultas médicas especializadas, traçando um panorama das ações impetradas contra o Estado do Rio Grande do Sul (RS) na área de abrangência da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

METODOLOGIA

O presente caracteriza-se como um estudo observacional, transversal, retrospectivo e descritivo da análise documental dos registros de processos judiciais em saúde movidos contra a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), tendo como objeto consultas especializadas dos residentes da 18ª CRS no período de 2018 a 2019. Os dados dos encaminhamentos foram coletados do sistema eletrônico de tramitação de processos administrativos do Estado do RS (PROA). Foram incluídos todos os processos judiciais que chegaram à 18ª CRS, impetrados contra o Estado do Rio Grande do Sul, que tiveram ganho de causa, e/ou liminar, no período de 2018 a 2019. Lembrando que em 2018, o serviço de respostas dessas demandas judiciais na 18ª CRS foi estruturado com a implantação de um *software* de controle de processos administrativos (PROA), bem como com o incremento do quadro de novos funcionários. No período anterior a essa data, os serviços eram prestados no DRE, através de processos físicos. Com a migração do sistema, as solicitações foram repassadas do DRE para a 18ª CRS. Portanto, pode ser esperada alguma divergência entre as fontes de registro, caso algo possa ter ficado pendente no nível central (DRE) e não ter sido repassado para a 18ª CRS.

A coleta de dados foi realizada na sede da 18ª CRS, no município de Osório, no mês de março de 2021, esta CRS fica localizada na região do Litoral Norte do RS, é constituída por 23 municípios, agrupados em duas regiões de saúde: 4 Belas Praias e 5 Bons Ventos. As informações foram obtidas através dos processos administrativos encaminhados à 18ª CRS no período de 2018 a 2019, por meio do *software* PROA. Para acesso desse sistema, foi utilizada uma senha personalizada disponibilizada pela Direção de Gestão de Tecnologia e Informação (DGTI) da SES/RS. Os dados pesquisados compreendem aqueles exclusivamente obtidos do *software* PROA. Processos judiciais deferidos, em tramitação ou arquivados, foram analisados desde que o ano da demanda judicial fosse 2018 ou 2019. Os dados foram complementados através de consulta ao Sistema de Gerenciamento de Consultas Especializadas, o Gercon, utilizando-se perfil de visualizador, com senha personalizada fornecida pelo DGTI da SES/RS e com autorização prévia do DRE. Foram coletadas as variáveis de classificação de gravidade, média de tempo para espera atribuída ao sistema de regulação, média de tempo na fila, dados clínicos e exames de imagem.

A partir da demanda judicializada, os dados foram extraídos e compilados em planilha Excel, agrupados por município de residência. Foi realizada análise exploratória descritiva utilizando metodologia quantitativa. Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas, utilizando a distribuição de frequência e percentual de distribuição. Foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão,



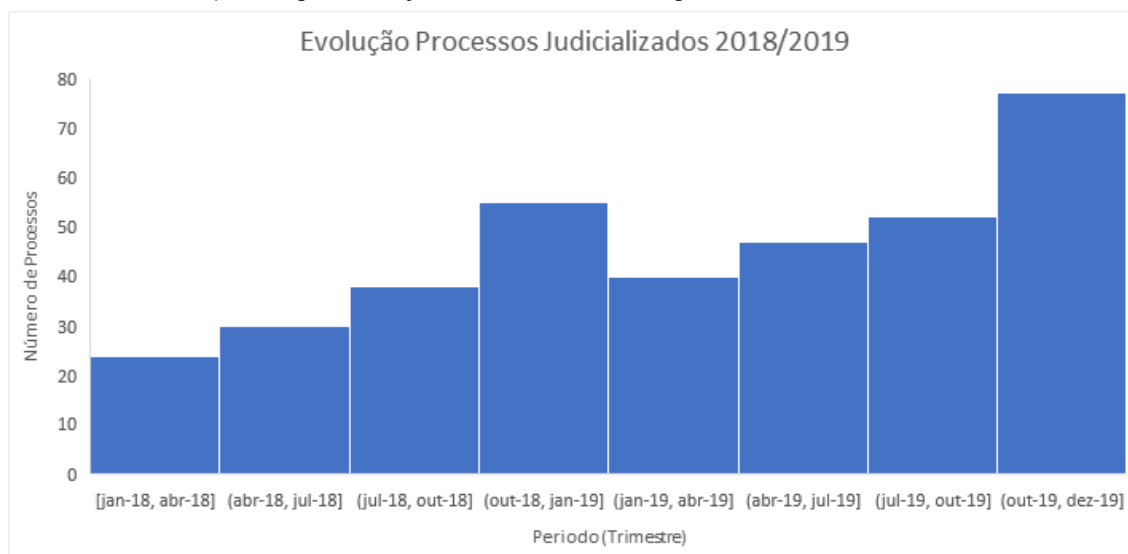
considerando o tipo de distribuição para as variáveis categóricas ou contínuas. A análise bivariada foi realizada através dos testes *Qui-quadrado de Pearson* (χ^2) ou *Exato de Fisher* para as variáveis categóricas. *Coefficiente de correlação de Pearson* ou *Spearman* foram utilizados com o propósito de verificar o grau de correlação entre para variáveis contínuas com distribuição normal ou assimétricas, respectivamente. Para organização e análise dos dados foram utilizadas planilha Excel (2021) e o programa estatístico SPSS (versão 25.0), respectivamente. Valor de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição, sob o parecer número 4.484.406/2020 cadastrado na Plataforma Brasil. Os dados referentes aos processos judiciais anonimizados foram coletados mediante autorização do gestor estadual. O município de residência do paciente foi coletado, porém não é possível relacionar com os dados de identificação dos processos judicializados, não havendo quebra de sigilo. Assim, esta pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, apresenta riscos mínimos para os participantes de pesquisa.

RESULTADOS

O presente identificou e avaliou um total de 363 solicitações por via judicial de consultas especializadas encaminhadas à 18ª CRS pelo *software* PROA, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. O estudo apurou que, dos 363 processos recebidos na 18ª CRS no período analisado, 145 (39,9%) foram no ano de 2018 e 218 (60,1%) no ano de 2019. Tal informação demonstra a crescente busca por judicialização, conforme demonstra o gráfico 1 abaixo, em que são apresentados o quantitativo de processos por trimestre.

Gráfico 1 – Distribuição dos processos judiciais na 18ª CRS, no período de 2018 a 2019



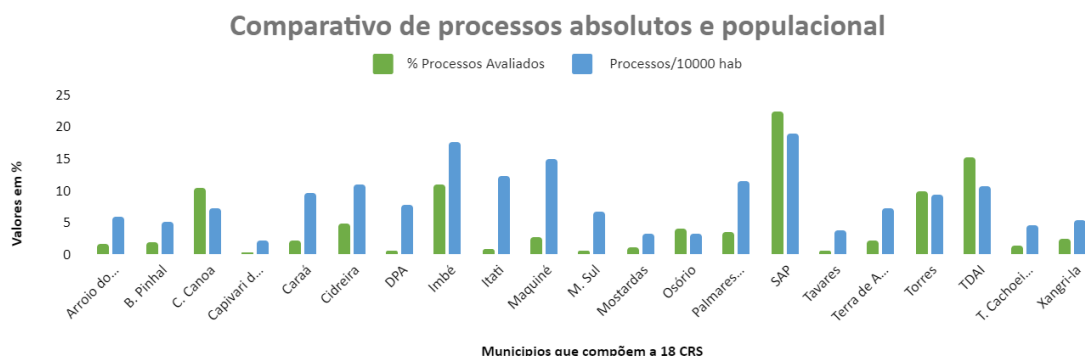
Fonte: Elaborado pelos autores



Analizando a distribuição de processos por município, percebe-se, conforme o gráfico 2, que 21, dos 23 municípios que compreendem a 18ª CRS, moveram ações para obtenção de consultas especializadas. Os dois municípios que não foram encontrados nos processos foram Mampituba e Três Forquilhas, ambos da Região de Saúde 4 - Belas Praias. Todos os municípios da Região de Saúde 5 - Bons Ventos tiveram processos ajuizados, além de ter apresentado o maior quantitativo no número absoluto de processos (n=244), representando 10,3 processos por 10.000 habitantes.

O município que mais judicializou foi Santo Antônio da Patrulha (81 pedidos), equivalente a 22,3% de todas as demandas, seguido de Tramandaí (n=55; 15,2%), Imbé (n=40; 11%), Capão da Canoa (n=38; 10,5%) e Torres (n=36; 9,9%). Analisando o número de processos por 10.000 habitantes, verifica-se que o município de Santo Antônio da Patrulha se mantém em primeiro lugar, com 18,9 processos por 10.000 habitantes. Porém, há uma mudança no *ranking* dos demais municípios, ficando Imbé com 17,5, Maquiné com 14,9, Itati com 12,4 e Palmares do Sul com 11,5 processos por 10.000 habitantes respectivamente (gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição dos processos judiciais por município e por 10.000 habitantes na 18ª CRS, no período de 2018 a 2019



Fonte: Elaborada pelos autores.

Analizando o tipo de acesso aos serviços, encontramos 298 processos (82,1%) oriundos do SUS e 65 (17,9%) de convênio ou particular, e ao meio de acesso à justiça, foram identificados 300 processos (82,6%) oriundos da Defensoria Pública e 63 (17,4%) mediante utilização de assessoria jurídica privada. Os meios de acesso aos serviços de saúde e justiça foram estratificados nas categorias: 1) origem apenas do SUS e Defensoria Pública (70% dos processos); 2) SUS e assessoria jurídica particular (12%); 3) plano de saúde privado e particular e defensoria pública (12%); 4) plano de saúde privado/particular e assessoria jurídica particular (6%). Observando o gráfico 3, encontramos valores superiores a 80%, tanto para as solicitações do sistema de saúde público, quanto para as que tiveram acesso através da defensoria pública. Apenas 5,8% dos processos tiveram origem por acesso por advogado particular e por convênios médico/privado concomitantemente.



Gráfico 3 – Tipos de acesso aos serviços de saúde e ao serviço judiciário



Fonte: Elaborada pelos autores

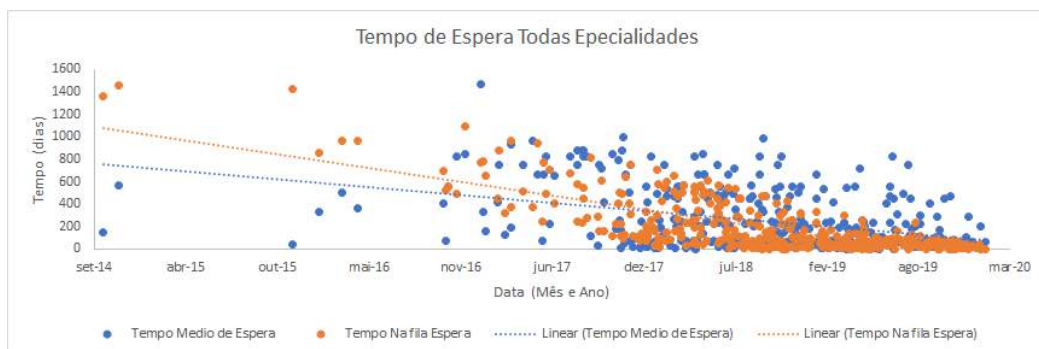
O tempo estimado pelo sistema de regulação Gercon, para primeira consulta nas diferentes especialidades, representou um tempo médio de 250,09 dias, e mediana de 133 dias de espera, variando de 2 a 1471 dias. No que se refere ao tempo médio na fila de espera antes de judicializar para conseguir a primeira consulta, encontrou-se uma média de 196,09 dias e mediana de 92 dias após a inserção do cadastro no sistema Gercon, chegando a 1458 dias.

A data de inserção no Gercon foi utilizada para comparar o tempo médio de espera na fila até judicialização ao longo do período avaliado. A data da primeira consulta judicializada foi subtraída do tempo em que o paciente estava na espera, antes de ingressar com o pedido de judicialização. Esses dados foram plotados no gráfico 4, a fim de possibilitar a visualização da diferença entre o tempo de espera no sistema Gercon e a primeira consulta judicializada.

O gráfico demonstra uma maior dispersão dos casos em relação aos tempos de espera até 2018, quando comparado com o período de 2019. Podemos observar uma tendência de os pacientes buscarem mais e mais cedo por judicialização à medida que os meses avançam. Essa tendência tem sido observada também através do acúmulo de processos demandados para serem avaliados na 18ª CRS.



Gráfico 4 – Tempo médio de espera no sistema Gercon e tempo médio de espera na fila até a primeira consulta por judicialização



Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação à complexidade dos serviços, encontramos 55,1% de solicitações para alta complexidade e 44,9% para média complexidade. Lembrando que, para análise nas especialidades solicitadas foi realizada utilizando o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, (Tabela SIGTAP), considerando os tipos de procedimento e especialidade solicitados nos processos judiciais, verificando a complexidade exigida para cada uma delas.

Dos processos analisados, as especialidades mais requeridas nas ações da 18ª CRS foram oncologia adulto (23,1%); e ortopedia adulto (15,7%); seguidas de oftalmologia adulto (6,6%), urologia (6,3%), obesidade (6,1%) e oftalmologia pediátrica (5%). A totalidade de especialidades demandadas estão descritas no Gráfico 5 abaixo.

Gráfico 5 – Especialidade e frequência das solicitações em relação às consultas especializadas na 18ª CRS, no período de 2018 a 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores.



Especialidades com pactuações CIB/RS na 18ª CRS

Para aprofundar o estudo, as especialidades demandadas nos processos foram categorizadas em especialidades pactuadas e não pactuadas, isto é, aquelas especialidades que já possuem um serviço de saúde de referência determinada em CIB/RS.

Da análise dos processos com referência pactuada, foi encontrada maior frequência na oncologia (Resolução CIB/RS 255/2018), com 86 processos, seguida de ortopedia/traumatologia (Resolução CIB/RS 112/2010) com 70, neurocirurgia/neurologia (Resolução CIB/RS 306/2018), com 26 e a cirurgia bariátrica (Resolução CIB/RS 589/2014), com 22.

Especialidade oncologia

Na especialidade oncologia, foram encontrados 86 (23,7%) pacientes cuja demanda se encaixa na pactuação da Resolução CIB/RS 35/2016, revogada em 12 de julho de 2018, ou da CIB/RS 255/2018, no período estudado. Na análise, as demandas observadas foram as direcionadas para oncologia adulto (n=84; 97,7%) e oncologia pediátrica (n=02; 2,3%).

Em relação à representatividade dos municípios do Litoral Norte do RS, observa-se que 16 (69,6%) judicializaram para conseguir uma consulta especializada para linha de oncologia. O município com maior frequência foi Santo Antônio da Patrulha, com 25 (29,1%) processos, seguido de Torres, com 10 (11,6%), Palmares do Sul e Osório, com 8 (9,3%) cada um, Tramandaí com 7 (8,1%).

Quanto ao meio de acesso aos serviços de saúde, 68 (79%) foram oriundos do SUS e 18 (21%) de convênio/privado. Seguindo com o meio de acesso à Justiça, foram identificados 66 (76,7%) advindos da Defensoria Pública e 20 (23,3%) de escritório de advocacia particular. Correlacionando os dados desta especialidade, constata-se discreto aumento da procura por serviços privados/particulares (79% foram oriundas do SUS e 76,7% foram egressas da Defensoria Pública), em comparação ao perfil geral das solicitações judiciais, em que 82,1% foram encaminhamentos do SUS e 82,6% foram demandas judiciais feitas por meio da Defensoria Pública.

Quanto à complexidade dos pedidos, 85 (98,8%) das solicitações foram para alta complexidade, o que representa quase a totalidade das demandas. Houve apenas uma solicitação de investigação para leucemia na média complexidade.

No que tange ao tempo médio que os requerentes demoraram para conseguir a primeira consulta pelo sistema de regulação Gercon, observa-se, uma mediana de 81 dias de espera, sendo que os tempos variam de 2 a 882 dias. Ainda sobre o tempo estimado por via judicial, encontramos a mediana de 45 dias após a inserção do cadastro no sistema Gercon, variando de um dia a 654 dias.

Especialidade ortopedia/traumatologia

Foram encontrados 70 pacientes (19,3%) classificados na pactuação da Resolução CIB/RS 112/2010 de ortopedia/traumatologia. Embora a subespecialidade ortopedia adulto tenha apresentado



a maior procura, com 57 pacientes (81,4%), a ortopedia pediátrica também foi um serviço que se mostrou expressivo em demandas judiciais, com 13 pacientes (18,6%) do total desta Resolução CIB/RS.

Quanto aos municípios de origem, dos 23 municípios do Litoral Norte do RS, 18 judicializaram ações para conseguir acesso aos serviços através de consulta especializada. Analisando os dados, percebe-se que praticamente toda a Região de Saúde 5 - Bons Ventos moveu algum processo referente a esta pactuação, com exceção de Capivari do Sul. Os municípios que mais ingressaram com ações foram Tramandaí (n=14; 20%), Santo Antônio da Patrulha (n=13; 18,6%), Torres e Imbé (ambos com n=07; 10%), Capão da Canoa (n=06; 8,6%) e Cidreira (n=05; 7,1%).

Com relação ao acesso dos serviços de saúde e do serviço judiciário, verifica-se que, nesta Resolução CIB/RS, segue o padrão geral das solicitações, com pedidos oriundos do SUS (n=57; 81,4%) e da Defensoria Pública (n=56; 80%).

Quanto à complexidade, em ortopedia/traumatologia, segunda especialidade pactuada mais requerida, 52,9% das solicitações foram classificadas como de média complexidade.

Especialidade neurologia/neurocirurgia

Seguindo a análise das solicitações judiciais com pactuação de maior frequência no estudo, identificou-se a Resolução CIB/RS 306/2018, com 26 processos (7,2%), sendo que a neurologia apresentou 15 processos (57,7%) e a neurocirurgia, 11 (42,3%). Quanto aos municípios de origem, dos 23 municípios do Litoral Norte do RS, 11 judicializaram ações para conseguir acesso aos serviços através de uma consulta especializada. Verificou-se que os municípios que mais ingressaram com ações para esta pactuação foram Capão da Canoa (n=06; 23,1%), seguida por Tramandaí (n=04; 15,4%), Santo Antônio da Patrulha e Cidreira (ambos com n=03; 11,5%). Em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao serviço judiciário, verificou-se que o padrão não se altera, sendo as solicitações oriundas do SUS (n=21; 80,8%) e da Defensoria Pública (n=22; 84,6%). Quanto à complexidade, 17 processos (65,4,9%) eram direcionados para a alta complexidade e 9 (34,6%) para a média complexidade.

Especialidade cirurgia bariátrica - obesidade

Finalizando as análises de maior frequência das solicitações pactuadas, encontramos com 22 processos (6,1%) a Resolução CIB/RS 589/2014, que aprova a Linha de Cuidados para Obesidade, ao prever que todos os municípios do RS deveriam usar seus serviços existentes na atenção básica para reduzir os índices de obesidade, e só após esgotadas as possibilidades de tratamento ambulatorial, sem retorno efetivo, utilizar, como último recurso, a cirurgia bariátrica, pois tal procedimento é extremamente invasivo.

No que diz respeito aos municípios de origem, dos 23 municípios do Litoral Norte do RS, 10 judicializaram ações para conseguir acesso aos serviços, entre os quais encontramos Imbé (n=05; 22,7%), seguida por Santo Antônio da Patrulha (n=04; 18,2%) e Torres (n=03; 13,6%). Quanto ao



acesso a serviços de saúde, verifica-se aumento da procura por serviços do SUS (n=21; 95,5%) e igualdade no acesso à Justiça por Defensoria Pública (n=18; 81,8%). Todas as demandas foram de alta complexidade.

Observando o tempo que os requerentes demoraram a conseguir a primeira consulta no serviço de regulação, encontrou-se a mediana de 803,5 dias, tempos variando de 328 a 1471 dias após a inserção do cadastro no sistema Gercon. Quando judicializado, a mediana foi reduzida para 503 dias até a obtenção da consulta por via judicial, após a inserção do cadastro no sistema Gercon, variando de 0 a 944 dias para o primeiro agendamento.

Especialidades sem pactuações CIB/RS na 18ª CRS

Os municípios que mais demandaram ações judiciais das especialidades sem pactuações em Resoluções CIB/RS foram Santo Antônio da Patrulha (n=33; 26%), Tramandaí (n=23; 18,75%), Capão da Canoa (n=15; 12,2%), e Imbé (n=13; 10,6%). Em relação ao meio de acesso aos serviços de saúde, 100 processos foram identificados como proveniente do SUS (81,3%), número semelhante ao padrão das solicitações gerais. Quanto ao acesso do serviço judiciário, observou-se aumento da procura através da Defensoria Pública (n=108; 87,8%).

Dessas especialidades sem pactuação, verificamos que urologia teve a maior frequência (n=23; 18,7%), seguida de oftalmologia adulto (n=20; 16,3%), oftalmologia pediátrica (n=18; 14,6%) e gastroenterologia (n=11; 8,9%). Em relação à complexidade dessas solicitações, identifica-se predomínio da média (n=99; 80,5%) e alta complexidade (n=24; 19,5%).

DISCUSSÃO

O estudo descreveu o perfil da judicialização por consultas especializadas da 18ª CRS, encaminhadas pelo *software* PROA, no período de 2018 a 2019. As informações referentes à motivação do encaminhamento, classificação de risco e média de espera na fila foram complementadas através do sistema Gercon. Foram identificadas 363 solicitações de consultas especializadas pela via judicial durante o período estudado, das quais 214 foram encaminhadas no ano de 2019, representando um acréscimo de 30,4% em relação aos pedidos do ano anterior.

Quanto aos municípios, 21, dos 23 que são compreendidos pela 18ª CRS, moveram ações para obtenção de consultas especializadas. Todos os municípios da Região de Saúde 5 - Bons Ventos tiveram processos ajuizados, além de ter apresentado o maior quantitativo no número absoluto de processos (n=244), representando 10,3 processos por 10.000 habitantes. O município que mais judicializou foi Santo Antônio da Patrulha (81 pedidos), equivalente a 22,3% de todas as demandas e a 18,9 processos por 10.000 habitantes. Esses índices são acompanhados com uma baixa cobertura da atenção básica em saúde, onde são descritas taxas médias de cobertura em ESF de 56,75% e da atenção básica de 65,70%, inferiores às registradas pelo RS – 59% e 74,29%, respectivamente (RIO GRANDE DO



SUL. Secretaria da Saúde, 2021). Essas informações indicam carência de recursos e necessidade de investimentos/qualificação em saúde desde a atenção básica, porta de entrada no sistema de saúde.

Analisando o tipo de acesso aos serviços, encontramos valores superiores a 80%, tanto para as solicitações do sistema de saúde público, quanto para as que tiveram acesso através da defensoria pública. Apenas 5,8% dos processos tiveram origem por acesso por advogado particular e por convênios médico/privado concomitantemente. Esses dados indicam que os pacientes que judicializaram eram pessoas de baixa renda.

Os serviços de alta complexidade representaram 55,1% e a média complexidade 44,9%. Percebemos que, nas especialidades pactuadas, 89,5% eram para alta complexidade. Quando avaliamos as especialidades sem pactuação que ofertam atendimento na região, apenas 19,5% eram demandas para alta complexidade. Tais dados podem indicar que, entre as especialidades não pactuadas, há a necessidade de interferência do Estado nos serviços, uma vez que, conforme a Resolução CIB 237/2011, é prerrogativa do Estado identificar desajustes entre a pactuação e as necessidades dos usuários.

Quanto às especialidades mais requeridas, verificamos que a maior frequência de pedidos (23,1%) foi para oncologia adulto. Esse resultado corrobora com a declaração da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, que afirma que “o tempo é fator primordial, a agilidade no diagnóstico é muito importante para aumentar o sucesso no tratamento do câncer” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2019). No estudo, constatamos que 34,5% dos pacientes oncológicos ainda não tinham conseguido a primeira consulta no prazo determinado pela lei dos 60 dias, indicando que o ingresso por via judicial, é pela não obtenção de tratamento pelos meios convencionais, sendo uma forma de buscar o tratamento em tempo oportuno para os pacientes oncológicos.

Em ortopedia/traumatologia, segunda especialidade pactuada mais requerida (19,3% dos pedidos judiciais), 52,9% eram de média complexidade. Em uma análise comparativa entre dois dos serviços existentes, o ambulatório do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, que atende a microrregião de Torres, e do Hospital Tramandaí, que atende a microrregião de Tramandaí. Identificou-se que 11 solicitações foram realizadas no primeiro, sendo cinco pedidos para ortopedia pediátrica e dois para ortopedia coluna, serviços não são ofertados na pactuação do serviço. Na microrregião de Tramandaí, foram 29 solicitações, sendo 15 para média complexidade, com procedimentos de rafia de tendão, fraturas em ombro, mão, pé e tornozelo, serviços que, pela contratualização, poderiam ser realizados no Hospital Tramandaí. O governo do Estado vem tentando alternativas quanto às questões de financiamento/contratualização com o programa Assistir e com o controle dos serviços com a Resolução CIB 241/2021, porém, como estão em fase de estruturação, na prática ainda não estão em funcionamento.

Na neurologia/neurocirurgia, terceira especialidade pactuada mais solicitada (7,6%), percebe-se que um dos entraves são os exames de alta complexidade, como RNM e TC com contraste e/ou sedação, não disponíveis na região. Já em obesidade, (6,1% dos pedidos nas especialidades pactua-



das), entende-se que um dos condicionantes para os pacientes buscarem a judicialização pode ser o longo tempo, variando de dois a quatro anos de espera para realizar o agendamento do procedimento. Quando judicializado, a mediana foi reduzida para 503 dias até a obtenção da consulta por via judicial, após a inserção do cadastro no sistema Gercon.

Na cirurgia bariátrica/obesidade entende-se que um dos condicionantes para os pacientes buscarem a judicialização pode ser o longo tempo, variando de dois a quatro anos de espera para realizar o agendamento do procedimento. Conforme a regionalização para a cirurgia bariátrica, a referência é o Hospital São Lucas da PUC para as 4ª e 5ª Regiões de Saúde da 18ª CRS (391.385 habitantes) e para as 9ª e 10ª Regiões da 1ª CRS (2.631.703 habitantes), o que corresponde a uma população de cerca de 3 milhões de habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Tal informação indica que a 18ª CRS, com uma população sete vezes menor, compete por vagas existentes com as demais regiões, o que pode estar causando afunilamento das vagas e, como consequência do aumento da espera na fila, a judicialização. Avaliando o afunilamento e a distribuição das vagas por consultas especializadas tomando como base a Resolução CIB/RS 237/2011 e atendendo para a população da capital, estimada em 1.492.530 habitantes, e do restante da Macrorregião Metropolitana, estimada em 2.782.330 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019), nota-se a disparidade na distribuição das cotas.

Das análises das especialidades sem pactuação, urologia teve a maior incidência (18,7%). Atualmente, a região não oferta serviço urológico de RTU e biópsia de próstata pelo SUS, motivadores para as solicitações nesta especialidade. Na oftalmologia adulto (16,3%), percebe-se que, apesar do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes estar habilitado para média complexidade e procedimentos cirúrgicos, são realizados apenas catarata e pterígio nesse local, sendo os demais casos demandados ao sistema de regulação com a DITA. Caso semelhante ocorre com a oftalmologia pediátrica (14,6%), que atualmente não é atendida na instituição e procedimentos simples, como avaliação em acuidade visual, são judicializadas para acessá-los.

Diante desse contexto, fica evidente a necessidade de fortalecimento da atenção especializada, com monitorização/avaliação dos serviços existentes, bem como novas contratualizações, seja por convênio com clínicas, seja por incremento nos contratos hospitalares. As questões referentes à média complexidade são entendidas como intrincadas por Temporão (2007 *apud* COSTA, 2016), o qual considera esse nível de atenção um desafio importante para o SUS, na medida em que envolve questões complexas, relacionadas à qualidade dos serviços, à precarização dos salários, à desorganização do sistema, à falta de integração e de articulação em vários níveis e ao subfinanciamento (TEMPORÃO, 2007 *apud* COSTA, 2016). Contudo, frequentemente as ações e serviços são classificados como de média complexidade por exclusão, ou seja, inclui-se tudo aquilo que “não cabe” como atenção básica e que também não está na tabela de alta complexidade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; GOTTEMS *et al.*, 2008).



Ainda, regionalização e a regulação do SUS são ações complexas que não se limitam à informatização e implantação de centrais de internação, consultas e exames. Envolve distintos atores – gestores, prestadores e usuários – com interesses muitas vezes conflitantes, implicando relações políticas, técnicas e de cuidado. Trata-se, assim, de um conjunto articulado de ações que devem incorporar condução política, análise de situação e planejamento, com o objetivo de viabilizar o acesso do usuário aos serviços, visando à integralidade e resolutividade do sistema de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006; MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

O estudo demonstrou que o número de ações judiciais está sendo cada vez mais utilizado na região estudada, o que vem chamando a atenção dos gestores. Porém, a solução ainda não está sendo vislumbrada. A questão da espera pelo atendimento especializado ficou evidente nas análises, pois os pacientes estão buscando mais por judicialização e mais cedo. Na própria pesquisa verificou-se que, em muitos casos, o indivíduo judicializou como forma de conseguir acesso aos serviços, uma vez que, pela rede de saúde, sua qualidade de vida ficaria muito prejudicada devido à excessiva espera pelo atendimento. Acredita-se que, concomitante a esses fatores, a pouca transparência no *status* da fila de espera contribua para aumentar os índices.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática das consultas especializadas e a judicialização vêm crescendo e ganhando espaço nas discussões. O próprio Poder Judiciário vem se mobilizando e solicitando maior transparência nas ações de regulação. Por outro lado, os municípios observam o aumento das solicitações por consultas especializadas, sem conseguir administrar a demanda. O Estado faz as intermediações entre os prestadores, contratos e ofertas e, por fim, a população fica em meio a toda essa dinâmica, necessitando do serviço. Tal tema é relevante para os municípios, Estado e população, pois trata de uma questão que atinge a todos e a região não apresentava um estudo com o perfil das solicitações. Assim, somente quando se faz um diagnóstico de um problema é que podemos pensar em estratégias para amenizá-los ou resolvê-los, além de estreitar a relação entre Estado, município e população e entender a dinâmica da judicialização por consultas especializadas. Nesse sentido, ações que contribuam com a qualificação dos encaminhamentos na atenção básica, profissionalização no sistema de regulação municipal, repactuações com revisão de cotas e novas contratualizações de serviços regionais, bem como com maior acesso às informações aos demandantes que necessitam de procedimentos especializados, podem resultar em aumento da oferta dos serviços especializados, reduzindo a necessidade de judicialização por consultas especializadas na 18ª CRS.



REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300018>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/QXStzwBwfQjFRrMqr69T35Q/>. Acesso em: 15 out. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista da Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 31, n. 66, p. 89-114, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://www.pge.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/22171856-rpge66livro.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

BIEHL, João; SOCAL, Mariana Peixoto; AMON, Joseph. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. *Health and Human Rights Journal*, v. 18, n. 1, p. 209-220, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070692/pdf/hhr-18-209.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *O Remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/ aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cassia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/hcnPQzz9FLGGxHbb78gzPy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

CONCORDE – COORDINATING COMMITTEE. MRC/ANRS randomised double-blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in symptom-free HIV infection. *Revista The Lancet*, London, v. 343, p. 871-881, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2007.

COSTA, Cesar Francisco Silva da. *O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social*. [2016]. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande-FURG, Rio Grande, 2016.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. *Direito Sanitário*. São Paulo: Verba-



tim, 2010.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* *Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades*. 2008. (Relatório Final da Pesquisa) – Universidade de Brasília. Universidade Católica de Brasília. Universidade Federal de Minas Gerais, Brasília, DF, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Panorama – IBGE Cidades*. Brasília, DF: IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MACEDO Eloisa Israel; LOPES, Luciane Cruz; BARBERATO-FILHO Silvio. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2603.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/D6RFNMkd86vMNNR5Yjb9JDM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2020.

MENDONÇA, Claunara Schilling; REIS, Afonso Teixeira dos; MORAES, José Carlos de (org.). *A política de regulação no Brasil*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. *Plano Estadual de Saúde 2020-2023*. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. *Nova lei obriga a realização de exame para diagnóstico de câncer em até 30 dias*. São Paulo, 6 nov. 2019. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/noticias/item/1717-nova-lei-obriga-a-realizacao-de-exame-para-diagnostico-de-cancer-em-ate-30-dias>. Acesso em: 24 ago. 2021.

VENTURA Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXd-QXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2020.

VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann. Entre princípios e regras: cinco estudos de caso de Ação Civil Pública. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 777- 843, out./dez., 2005.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/>



A judicialização da saúde na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS): uma análise dos processos judiciais ...

rsp/a/DdFrCJXWq5kg3934MPp3kNB/abstract/?lang=en. Acesso em: 20 set. 2020.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 03 de Agosto de 2022.

Aceito em 21 de Outubro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

MACIAZEKI, Lariane da Silveira; LEVANDOVSKI, Rosa Maria. A judicialização da saúde na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS): uma análise dos processos judiciais relacionados às consultas especializadas no período de 2018 a 2019. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 97-112, 2022.





Atuação da vigilância do óbito infantil no contexto da pandemia do novo Coronavírus em uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco

Performance of infant death surveillance in the context of the new Coronavirus pandemic in a Health Region of the State of Pernambuco

Maria Margarida Gonçalves Diniz
Alcieres Martins da Paz
Lariane da Silveira Maciazeki
Kamila Thaís Marcula Lima

RESUMO

A vigilância do óbito infantil é uma importante estratégia que contribui para a redução da mortalidade infantil, ao investigar e indicar fatores associados às mortes em menores de um ano de idade. Este estudo objetivou analisar a atuação da vigilância do óbito infantil durante a pandemia do novo Coronavírus, e a existência de grupos técnicos de discussão do óbito infantil em uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco, no ano de 2020. Metodologia: Estudo descritivo, observacional, de corte transversal, cuja coleta de dados valeu-se da aplicação de questionário eletrônico aos coordenadores da vigilância epidemiológica dos 10 municípios que compõem a regional de saúde. Resultados: Dos 10 municípios, 01 teve o grupo técnico extinto, 05 não realizaram discussões do óbito infantil, e em 04 os grupos técnicos, foram mantidos, mas com prejuízos no desenvolvimento de suas atividades, havendo necessidade de utilização de tecnologia remota. O tempo médio informado para realização da discussão e investigação dos óbitos infantis foi de 108 dias, com 08 dos 10 municípios alcançando 120 dias, tempo máximo previsto por lei federal. Considerações Finais: Com o estudo ficou evidente, que para a manutenção da vigilância do óbito infantil, foi necessária flexibilidade e adaptação aos recursos disponíveis, sendo o trabalho remoto, uma alternativa viável diante da necessidade de medidas mais restritivas de distanciamento social.

Palavras-chave: epidemiologia; mortalidade infantil; coronavírus; saúde pública.

ABSTRACT

Infant death surveillance is an important strategy that contributes to reducing infant mortality by investigating and indicating factors associated with deaths in children under one year of age. This study aimed to analyze the performance of infant death surveillance during the new Coronavirus pandemic, and the existence of technical discussion groups on infant death in a Health Region of the State of Pernambuco, in the year 2020. Methodology: Descriptive, observational study, cross-sectional, whose data collection was based on the application of an electronic questionnaire to the coordinators of epidemiological surveillance of the 10 municipalities that make up the health regional. Results: Of the 10 municipalities, 01 had the technical group extinguished, 05 did not hold discussions on infant death, and in 04 the technical groups were maintained, but with losses in the development of their activities, requiring the use of remote technology. The average time reported for carrying out the discussion and investigation of infant deaths was 108 days, with 08 of the 10 municipalities reaching 120 days, the maximum time provided by federal law. Final Considerations: With the study, it became evident that, in order to maintain the surveillance of infant death, flexibility and adaptation to available resources were necessary, with remote work being a viable alternative in view of the need for more restrictive measures of social distancing.

Keywords: epidemiology; child mortality; coronavirus; public health.

¹ Especialista em Políticas Sociais pelo Instituto Brasil de Ensino - IBRA (2022). Sanitarista Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE (2022).

<https://orcid.org/0000-0003-1002-4375>
<http://lattes.cnpq.br/1989727043990734>
margaridadiniz17@hotmail.com

² Mestre em Saúde Coletiva, com área de concentração em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2006). Atualmente é professora assistente da Universidade de Pernambuco -UPE e sanitaria da Prefeitura da Cidade do Recife, e atua na Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

<https://orcid.org/0000-0002-0269-1031>
<http://lattes.cnpq.br/6475270087328331>
alcieres.martins@upe.br

³ Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologia para o SUS, pelo Programa de Pós Graduação de Avaliação de Tecnologias para o SUS – GHC. Enfermeira Reguladora da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

<https://orcid.org/0000-0002-1992-0021>
<http://lattes.cnpq.br/7516490324498426>
larimaciazeki@gmail.com

⁴ Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família (2017) pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER), Especialista em Saúde Pública (2020) pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) e Especialista em Avaliação em Saúde aplicada à Vigilância (2020) pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Enfermeiro Pertencente ao Quadro Permanente da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA).

<https://orcid.org/0000-0002-4380-8355>
<http://lattes.cnpq.br/9355704971212003>
kamilamarcu@hotmaill.com

INTRODUÇÃO

Os óbitos infantis compreendem as mortes de crianças desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 dias. Tais óbitos, em sua maioria, estão relacionados aos fatores de ordem biológica, cultural, social, além de falhas do sistema de saúde e condições de vida da população (FRANÇA *et al.*, 2017). A mortalidade infantil (MI) configura-se como um dos indicadores de saúde pública mais significativos por evidenciar a ocorrência de mortes precoces, que na maioria dos casos, são evitáveis, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços de saúde com assistência qualificada, que busquem encontrar as causas que possam ser evitadas e as possíveis estratégias para redução desses óbitos (NEGREIROS *et al.*, 2022).

A vigilância do óbito infantil (VOI) é entendida como uma estratégia essencial para o conhecimento da situação de saúde e da assistência materna e infantil, tornando-se obrigatória em todo o território nacional desde 2010. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010). Sendo fundamental para a redução da MI, por meio da investigação são captados dados sobre a assistência em todas as esferas de atenção, e obtido informações com a família. O desafio de melhorar a investigação é essencial para que a VOI favoreça espaços críticos e reflexivos acerca do cuidado à mulher e à criança, colaborando para a organização das redes de atenção à saúde nas diversas regiões de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Ainda, a MI configura-se uma prioridade sanitária tanto em pactos nacionais como internacionais, dentre os quais podemos citar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Onde o quarto objetivo, tinha como meta reduzir a taxa de mortalidade infantil (TMI)¹, para 15,7 óbitos, por 1000 Nascidos Vivos (NV), até o ano de 2015 (LIMA *et al.*, 2016).

O Brasil atingiu a meta antecipadamente no ano de 2011, ao chegar à taxa de 15,3 óbitos, por 1000 NV. Embora o país tenha alcançado resultados favoráveis no que se refere à TMI, esses dados não são homogêneos entre as regiões. Evidenciando-se por exemplo, o período de 2017 a 2019 onde as regiões Norte e Nordeste obtiveram as maiores TMI do país, com 16,9 e 15,3 óbitos por 1000 NV, contrastando com as menores TMI nas Regiões Sudeste e Sul, 11,7 e 10,1 óbitos por 1000 NV. Na Região Centro-Oeste, o TMI se manteve constante no mesmo período, com 13,0 óbitos por 1000 NV. Desta forma, as diferenças na TMI, justificam a necessidade da realização de estudos com abordagens regionais, bem como, microrregionais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2021).

A Região de Saúde em estudo, registrou no período de 2015 a 2019, 277 óbitos de crianças menores de um ano de idade, com TMI de 15,1 óbitos por 1000 NV. Tais dados, demonstraram a necessidade de implantação da assistência qualificada, desde a atenção básica com o pré-natal, o parto humanizado, dispondo de equipe multidisciplinar, principalmente neonatologista e suporte de UTI Neonatal, o que será determinante para a diminuição dos óbitos infantis (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2020).

No ano de 2020 o mundo presenciou a rápida expansão da COVID-19, que é uma infecção

¹ TMI é o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos (NV), em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).



viral altamente transmissível, causada pelo novo Coronavírus, surgido em Wuhan, na China. Sua transmissão entre humanos acontece por meio do contato próximo com uma pessoa infectada, em exposição a gotículas respiratórias, principalmente por tosse ou espirros. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de (OMS) legitimou o surto da COVID-19 como a 6ª emergência de saúde pública com importância internacional (BRASIL. Ministério da Saúde, 2020).

A pandemia descortinou ao redor do mundo as desigualdades sociais (principalmente nos países subdesenvolvidos), contribuindo para demonstrar o quanto o negacionismo e a ausência de ações propositivas e em tempo oportuno podem ser deletérias para a saúde dos povos; permitindo conhecer as fragilidades dos serviços de saúde, no que concerne a estrutura, organização e respostas às demandas de saúde de cunho preventivo, curativo e de reabilitação; e tem reforçado a necessidade de maiores investimentos de curto, médio e longo prazo, assim como valorização dos profissionais (MOREL, 2021). No Brasil, a atenção básica, que presta serviços assistenciais e preventivos imprescindíveis à saúde materna e infantil, já passava por obstáculos no desenvolvimento de suas atividades, como a sobrecarga de trabalho, baixa remuneração salarial, escassez de recursos técnicos e materiais. Com os impactos desencadeados pela pandemia do novo Coronavírus, a atenção básica teve suas dificuldades intensificadas (OLIVEIRA; SOARES JUNIOR, 2021).

Diante deste contexto, se fez necessário compreender, como se deu a atuação das ações de VOI, em paralelo ao enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus em uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco no ano de 2020? Assim, o estudo se propôs a descrever a atuação da VOI no contexto pandêmico, bem como a existência de grupos técnicos² (GT's) de discussão do óbito infantil nos 10 municípios de uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco, no ano de 2020.

METODOLOGIA

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo descritivo, observacional, do tipo corte transversal. **Local do Estudo:** Em uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco, composta por 10 municípios, totalizando uma área de cobertura de 12.258,4 km², com 239.971 habitantes, densidade demográfica de 19,6 habitantes/km², possuindo 12,5% do território de Pernambuco, com 2,5% da população total do Estado (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2020). **População:** A amostra foi composta por 10 profissionais, coordenadores da vigilância epidemiológica dos 10 municípios integrantes da Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Teve como critérios de inclusão, ser coordenador da vigilância epidemiológica, de um dos 10 municípios que compreendem a região de saúde em estudo, e ter exercido a função durante o contexto pandêmico, no ano de 2020. Se pensou neste

² Grupos técnico (GT) de discussão do óbito infantil: Faz parte do processo de Vigilância do óbito, é de caráter educativo, formativo e informativo, é instituído por uma equipe multiprofissional cuja atribuição é dar visibilidade às investigações, subsidiar a discussão, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, propor intervenções para redução da mortalidade e classificação dos critérios de evitabilidade. Suas análises são importantes no que diz respeito à tomada de decisão pelos gestores, bem como subsidia a elaboração de políticas públicas voltadas à redução deste evento. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).



profissional, pois a função que exerce, permitiu planejar e supervisionar a execução das atividades de vigilância epidemiológica no município, bem como acompanhar todo e qualquer evento de interesse epidemiológico. Teve como critério de exclusão, não ser coordenador da vigilância epidemiológica ou ser coordenador e estar afastado de suas atividades profissionais habituais, por qualquer motivo, no ano de 2020. **Coleta de Dados:** Em decorrência das medidas de distanciamento social impostas pela pandemia do novo Coronavírus, vigentes na época, o diálogo com os participantes ocorreu a partir do uso de tecnologias de informação e comunicação, com contato inicial feito por telefone com cada um dos coordenadores da vigilância epidemiológica, após esse primeiro contato, foi criado um grupo no aplicativo WhatsApp® com estes profissionais, com a finalidade de explicar a pesquisa, e esclarecer dúvidas, em seguida enviado via e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado no formato eletrônico. Na sequência foi encaminhado o questionário eletrônico estruturado, desenvolvido pelos próprios autores, aplicado na plataforma *google forms*. Foi estabelecido o prazo de 15 dias para os participantes responderem ao questionário, todos os 10 coordenadores o fizeram. **Período de referência:** Janeiro a dezembro de 2020. **Análise e Tratamento dos dados:** Realizou-se o pareamento no programa Excel versão 2016 para organização do banco de dados do *Google Forms*. Para análise foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 21.0, com utilização da estatística descritiva. Os dados foram descritos e agrupados em tabelas. **Variáveis do estudo:** As variáveis foram selecionadas quanto à sua relevância no trabalho desenvolvido pela vigilância do óbito infantil no contexto pandêmico, durante o ano de 2020, sendo elas: existência e a composição dos grupos técnicos de discussão do óbito infantil, importância da atenção básica na atuação da VOI, tempo médio para realização de investigação, e discussão dos óbitos infantis pelos GT's; possíveis fatores dificultadores para realização das discussões dos óbitos, nas investigações domiciliares, ambulatoriais e hospitalares, suporte oferecido pela Regional de Saúde na operacionalização da VOI. Esta pesquisa atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que por meio de suas competências legais, estabelece as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo obteve anuência da Regional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Integração do Sertão – FIS, registrado na Plataforma Brasil pelo nº CAAE: 52248421.1.0000.8267.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa, 10 coordenadores de vigilância epidemiológica, dos 10 municípios que compõem a Região de Saúde estudada.

Existência, operacionalização e composição dos GT's

Quanto à existência dos GT's, do total de 10 municípios estudados, em 01 o GT foi extinto,



e outros 05 não realizaram as reuniões e discussões no ano de 2020. Os 04 restantes realizaram as discussões em formato on-line. Então, pode-se afirmar que, os 10 municípios em estudo, tiveram a investigação do óbito infantil afetada pelo contexto pandêmico. Tais dados corroboram com a pesquisa realizada por Bousquat *et al.* (2020), onde mostrou que as atividades de rotina foram modificadas (reduzidas, adaptadas ou suspensas) em função da pandemia do novo Coronavírus em quase todas as Unidades Básicas de Saúde - UBS do país, sendo os maiores percentuais de redução e suspensão de atividades observados nas regiões Sudeste (68,5%) e Nordeste (67,9%). Ainda, os processos de trabalho na realização das atividades rotineiras de cuidado e acompanhamento de grupos prioritários nas UBSs, durante a pandemia, foram adaptados com a incorporação de formas de contato à distância, sendo o telefone o mais utilizado, seguido pelo aplicativo WhatsApp® e ferramentas on-line de vídeos e fotos. Porém, deve-se considerar a presença de regiões com falta de acesso à internet e pouca alfabetização digital, o que se torna uma barreira que impossibilita o acesso universal a esses recursos. (NASCIMENTO; BEDRIKOW, 2021). A região em estudo se trata do Sertão Pernambucano, onde o acesso à internet e aos meios digitais, não são tão facilitados quanto em uma região metropolitana, o que pode ter sido um agravante para os 05 municípios que mantiveram os GTs, mas que não realizaram as discussões, mesmo em formato on-line.

Na tabela 1, são apresentados os profissionais que compunham os GT's de óbito infantil durante a pandemia. Observa-se que 08 dos 09 municípios, que mantiveram os GTs, contaram com os profissionais do Programa Mãe Coruja³, enfermeiro da estratégia da Estratégia da Saúde da Família (ESF), coordenador de vigilância epidemiológica, coordenador de atenção básica, como membros.

Tabela 1. Profissionais que compunham os GT's de investigação do óbito infantil. Pernambuco, janeiro a dezembro de 2020 (n=09)

Participantes dos GT's	n	%
Coordenador da Vigilância Epidemiológica	08	89,0
Enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família	08	89,0
Mãe Coruja	08	89,0
Médico da Estratégia da Saúde da Família	07	78,0
Profissionais da Regional	06	67,0
Codificador	06	67,0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A prevalência de profissionais do Programa Mãe Coruja e enfermeiro da ESF na participação das discussões de óbito infantil durante o período estudado, possivelmente pode ser justificada pela

³ Programa Mãe Coruja foi criado no estado de Pernambuco por meio do decreto nº 30.859, de 04 de outubro de 2007, tendo como objetivo o acompanhamento durante toda a gestação, puerpério e até os primeiros 5 anos de vida da criança, a fim de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, bem como estimular o fortalecimento dos vínculos afetivos entre mãe, filho e família (PERNAMBUCO, 2007).



importância desses profissionais no monitoramento do crescimento infantil, pois como destaca D'Agostini (2019), tais profissionais estabelecem a criação de vínculo com as famílias, acolhendo a gestante, reconhecendo estados emocionais de ambivalência com relação à gravidez, desenvolvendo uma relação de confiança e respeito mútuo, assim como estimulando a responsabilidade contínua e conjunta entre serviço e família na atenção à saúde da criança. Além disso, possuem o papel de promover ações direcionadas para a saúde da criança como a puericultura, fundamental para evitar óbitos infantis (SILVA *et al.*, 2021). Conhecer as demandas da população possibilita aos profissionais elaborarem políticas de intervenção de saúde, preventivas ou curativas, que melhor atendam às necessidades locais (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HEMANN, 2016).

Nota-se também, que em 08 dos 09 municípios que possuíam GT, os coordenadores da atenção básica, e os coordenadores da vigilância epidemiológica se faziam presentes. Acredita-se que pela relevância da matéria, os cargos de coordenação devem compor os GT's, para se apropriar das investigações de óbito infantil e colaborar no desenvolvimento de estratégias para qualificar o cuidado em suas instâncias, o que justifica sua obrigatoriedade conforme disposto na Portaria Ministerial Nº 72 de 11 de janeiro de 2010:

art. 3º Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

Ainda, o estudo mostrou que em 07 municípios contavam com médicos da Estratégia da Saúde da Família, na composição dos GT's, indicando a presença significativa deste profissional, que se faz fundamental para as discussões visando à redução do óbito infantil, justificada pela própria classificação de Taucher⁴ mortes evitáveis, subcategoria: causas reduzíveis por diagnóstico e tratamento médico precoce (SILVA, 1990). Além de que, o profissional médico pode favorecer a inclusão ou correção de dados na declaração de óbito após a investigação, sendo recorrentes informações escritas de forma ilegível e o não preenchimento ou preenchimento incompleto de vários campos, limitando a análise e a qualidade dos dados (DUTRA *et al.*, 2015).

O estudo constatou que os profissionais que compõem os GT's, estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual sugere que na VOI, devem fazer parte, os profissionais da secretaria de saúde, da vigilância epidemiológica, da assistência hospitalar, e especialmente, a equipe

⁴ Classificação de Taucher foi elaborada a partir da 9ª Classificação Internacional das Doenças (CID-9), dividindo-se em três categorias: mortes evitáveis, mortes não evitáveis, e mortes por causas desconhecidas. As mortes evitáveis, por sua vez, subdividem-se em mortes menores de 28 dias e mortes em crianças entre 28 dias a 11 meses de vida, incorporando as seguintes subcategorias: causas redutíveis por adequado controle da gravidez; causas redutíveis por adequada atenção ao parto; causas reduzíveis por diagnóstico e tratamento médico precoce; causas redutíveis por alimentação completa; causas redutíveis por boas condições de saneamento; causas redutíveis por diminuição da paridade materna; outras causas importantes reduzíveis; e causas reduzíveis por prevenção. (SILVA, 1990).



da atenção básica da área de residência da família, uma vez que, ela é a responsável pelo cuidado direto e pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Tempo médio informado e dificuldades na investigação de óbitos infantis e nas discussões do GT

O estudo verificou que o tempo médio informado para realização da discussão e investigação dos óbitos infantis no ano de 2020 foi de 108 dias, com 02 municípios realizando em 60 dias e os outros 08 alcançando 120 dias. Cabe salientar que segundo a portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais deverão concluir o caso e informar o resultado da investigação dos óbitos no prazo máximo de 120 dias após a data do óbito. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010). Desta forma, vimos que 08 municípios realizaram a investigação de óbito infantil no prazo máximo determinado.

Em “dificuldades na investigação de óbito”, conforme dados da Tabela 2, 08 dos 09 municípios que mantiveram GT, sinalizaram falha/ausência no registro devido à falta de capacitação, outros 07 atrasos na realização das investigações. Tais dificuldades apresentadas nas investigações hospitalares, domiciliares e ambulatoriais evidenciaram o despreparo no preenchimento dos dados das fichas de investigação, o que pode ser ocasionado pela rotatividade dos profissionais nos municípios e pelo desconhecimento dos gestores locais quanto à relevância do assunto. A avaliação da evitabilidade de óbitos infantis e do diagnóstico das falhas de desempenho dos serviços de saúde constituem medidas fundamentais para o fortalecimento da assistência materna e infantil. O investimento na capacitação dos profissionais de saúde, pré-natal de qualidade, puericultura e educação em saúde devem ser ações prioritárias para o avanço de políticas públicas direcionadas à redução da mortalidade infantil (AMBRÓSIO, 2020). Assim, os municípios necessitam estarem mais atentos à importância de capacitação dos profissionais envolvidos no processo de investigação de óbitos infantis, para que dessa forma, seja possível obter informações mais fidedignas quanto à ocorrência desses óbitos, o que contribui para a elaboração de medidas de prevenção mais eficazes (DUTRA *et al.*, 2015).

Tabela 2. Presença de falhas na investigação hospitalar, domiciliar e ambulatorial dos óbitos infantis e as dificuldades na realização das discussões dos GT's de óbitos infantis, dos municípios em estudo. Pernambuco, janeiro a dezembro de 2020 (n=09).

Presença de falhas na investigação hospitalar, domiciliar e ambulatorial dos óbitos infantis e as dificuldades na realização das discussões dos GT's.	n	%
Falhas nas investigações Hospitalares, domiciliares e ambulatoriais		
Falha/ausência no registro devido à falta de capacitação	08	89,0
Atraso na realização das investigações	07	78,0
Falha /ausência no registro por outros motivos	06	67,0
Dificuldades na realização das discussões do GT		
Afastamento pela Covid-19	04	44,0
Sobrecarga de Trabalho	04	44,0
Falta de suporte dos profissionais atuantes no município	04	44,0

Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.



Com relação às dificuldades na realização do GT e levando em consideração que no estudo averiguamos que dos 10 municípios 06 não tiveram discussões, verificamos que os outros 04 municípios que mantiveram os GT's no ano de 2020, todos tiveram suas atividades prejudicadas por afastamento pela COVID-19, sobrecarga de trabalho e falta de suporte dos profissionais atuantes do município. Ainda com relação às dificuldades nas discussões do GT's, 03 dos 10 municípios, apontaram como obstáculos, o preenchimento incompleto, e a ausência de registro dos prontuários domiciliar, ambulatorial e hospitalar. Tais dados se assemelham com estudo de Melo *et al.* (2017), realizado em Minas Gerais, onde os principais e recorrentes problemas relatados pelos responsáveis da VOI, estiveram relacionados à falta de reconhecimento da atividade de vigilância do óbito pelos gestores; falta de tempo para análise, discussão e investigação dos óbitos; falha na comunicação entre instituições da rede de atenção; precariedade de recursos, infraestrutura, capacitação profissional e comprometimento dos envolvidos.

Atuação da atenção básica na vigilância do óbito infantil

De acordo com o exibido na tabela 3, 08 dos 10 municípios, apontaram como importante, os aspectos descritos no questionário acerca da atuação da atenção básica na VOI, demonstrando reconhecimento da necessidade de integração no trabalho entre as equipes.

Tabela 3. Definição de aspectos da atuação da atenção básica na VOI, considerados como importantes nos municípios em estudo. Pernambuco, janeiro a dezembro de 2020 (n-10).

Definição de aspectos da atuação da atenção básica na VOI considerados como importantes	N	%
Promover ações locais para a prevenção dos óbitos com articulação intersetorial, se necessário	08	80,0
Participar de capacitações e discussões para atualização sobre o tema da mortalidade infantil	08	80,0
Identificar os óbitos de mulheres e crianças residentes na sua área de abrangência	08	80,0
Investigar a fase ambulatorial e domiciliar dos óbitos de residentes na sua área	07	70,0
Organizar o processo de trabalho da equipe facilitando o acesso e qualificando o atendimento	07	70,0
Participar das discussões dos casos clínicos com o grupo técnico	06	60,0

Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.

A Atenção Básica detém uma lógica de cuidado que perpassa por muitos movimentos que iniciam com a promoção e prevenção da saúde e avançam até a reabilitação. Sua responsabilidade compreende uma dinâmica que envolve trabalho em equipe, corresponsabilidade por parte dos usuários e articulação em rede para garantia da integralidade da atenção. A pandemia do novo Coronavírus, reacende o debate acerca de uma Atenção Básica fortemente comprometida com os princípios de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário e com uma promoção do cuidado focada na Vigilância em Saúde. Em tempos de crise como o desencadeado pela pandemia, percebeu-se o quanto ações permanentes promotoras de vínculo e orientadas para educação em saúde podem ser úteis. (RAMOS; SILVA, 2021). Onde a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde devem promover ações articuladas para oportuna identificação de



problemas de saúde nos territórios, realizando planejamento estratégico de intervenção clínica e sanitária proporcionando resultados efetivos e eficazes, integrando as atividades das equipes da Atenção Básica e de Vigilância em Saúde com intervenções pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018).

Suporte oferecido pela Regional de Saúde na operacionalização da VOI

Verificamos entre 09 dos 10 coordenadores, o reconhecimento das contribuições da regional de saúde na realização das investigações de óbitos infantis, considerando o incentivo para investigação, oportunizam de recomendações às instituições de saúde, bem como realização de colegiado integrado de Vigilância em Saúde e Atenção Básica (Tabela 4).

Em tais colegiados são apresentados dados estatísticos acerca da mortalidade infantil regional, elucidação quanto à classificação dos óbitos de acordo com a sua evitabilidade e os fatores que influenciam na mortalidade infantil. Além de ser um espaço para propor estratégias a serem implementadas como medidas de prevenção de novos óbitos infantis.

Tabela 4. Contribuições da Regional de Saúde, na realização das investigações de óbitos infantis, nos municípios em estudo, Pernambuco, janeiro a dezembro de 2020 (n-10).

Contribuições da Regional de Saúde na realização das investigações de óbitos infantis	N	%
Incentivo para investigações de óbitos infantis		
Oferecendo recomendações às instituições de saúde	09	90,0
Divulgando dados estatísticos acerca da mortalidade infantil Regional	07	70,0
Elucidando a classificação dos óbitos de acordo com a sua evitabilidade e os fatores que influenciam na mortalidade infantil	06	60,0
Propondo estratégias para serem implementadas como medidas de prevenção	05	50,0
Fortalecimento para operacionalização do GT		
Oferecendo orientações pertinentes para que o município consiga realizar as discussões dos óbitos infantis com autonomia	08	80,0
Estimulando a articulação do município com a Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica	06	60,0
Viabilizando a busca de dados nos serviços de saúde que estão fora da área de cobertura	07	70,0
Estimulando a participação dos Núcleos de Vigilância Hospitalares, para o estudo e análise dos óbitos ocorridos naquelas unidades de Saúde do município	05	50,0
Contribuição na prevenção de novos óbitos infantis		
Realizando colegiado integrado de Vigilância em Saúde e Atenção Primária	09	90,0
Oferecendo capacitação	06	60,0
Promovendo a interlocução com os profissionais da rede de serviços com o objetivo de discutir as circunstâncias associadas aos óbitos e qualificar a assistência prestada	05	50,0
Elaborando e propondo aos gestores medidas de intervenção necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis	05	50,0

Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.

Ainda sobre o fortalecimento para operacionalização do GT, 08 dos 10 municípios entendem que a Regional de Saúde, oferece orientações pertinentes para que a realização das discussões dos óbitos infantis ocorra com autonomia. Também ficou evidente no estudo que o órgão possui um papel



facilitador para a investigação de óbito infantil, uma vez que 07 dos 10 municípios, responderam que a instituição, viabiliza a busca de dados nos serviços de saúde que estão fora da área de cobertura, e fornece *feedback* disponibilizando os dados estatísticos de investigação de óbito local. Desta forma, a partir dos dados coletados, foi possível verificar que a Regional de Saúde cumpre o seu papel de prestar suporte e monitorar as ações e serviços de saúde, colaborando para efetividade das ações desenvolvidas pela VOI e, cooperando assim, com a redução da mortalidade infantil nos municípios que a compõem. Exercendo um papel fundamental na avaliação dos indicadores municipais e na identificação das necessidades para direcionar metas e buscar uma gestão participativa, deliberando corresponsabilidades na construção da saúde e no desenvolvimento de ações de promoção da saúde (DUTRA *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância do óbito infantil na regional estudada, no contexto da pandemia do novo Coronavírus no ano de 2020, foi impactada, sofrendo alterações devido a afastamentos pela COVID-19, sobrecarga de trabalho e falta de suporte dos profissionais do município, recorrendo-se à utilização da tecnologia remota, como alternativa para continuidade das atividades.

Os coordenadores de vigilância epidemiológica demonstraram pontos positivos, a integração entre atenção básica e VOI, e a atuação da Regional de Saúde como promotora da saúde, favorecendo espaços de cogestão. E negativos, as falhas ausência nos registros hospitalares, domiciliares e ambulatoriais, principalmente por falta de capacitação, além de atrasos no registro desses três tipos de investigação.

Ressalta-se que a análise em uma única região do interior pernambucano implica em uma limitação do estudo, não devendo os resultados serem generalizados. Além disso, por ter sido realizado com os gestores responsáveis pela vigilância do óbito infantil, algumas variáveis podem conter viés. No entanto, acredita-se no potencial desse estudo em fomentar reflexões e induzir pesquisas mais abrangentes, que possam incorporar também, os casos de óbitos fetais, em situações adversas. Tendo em vista que, a pandemia prosseguiu com diferentes ritmos e estágios em todo território nacional, os processos de trabalho precisaram ser reinventados de acordo com as vivências de cada cenário, estabelecendo novos fluxos e articulações intersetoriais que poderão servir de aprendizado em situações futuras.

REFERÊNCIAS

AMBRÓSIO, V. O. *Mortalidade infantil: percepções de gestores e profissionais acerca das ações e políticas de saúde direcionada à mulher e à criança em Governador Valadares/MG*. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/33983>. Acesso em: 26 nov. 2022.



ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HEMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499–510, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499. Acesso em: 1 dez. 2022.

BOUSQUAT, A. et al. *Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS: relatório de Pesquisa*. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, ago. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>. Acesso em: 1 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Política Nacional de Atenção Básica – módulo 1: integração atenção básica e vigilância em saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracaoatencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 2 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 52, p. 1-15, out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 29 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 29, 11 jan 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde: versão 7*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 23 set. 2021.

D'AGOSTINI, F. C. P. *Construção do papel maternal: um estudo fenomenológico acerca das vivências de interação entre mães adolescentes e enfermeiras*. 2019. Tese (Doutorado em Ciências com área de concentração em Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7143/tde-22022021-162253/>. Acesso em: 26 nov. 2022.

DUTRA, I. R. et al. Investigação dos óbitos infantil e fetal no Vale do Jequitinhonha, Minas Ge-



rais, Brasil. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 597-611, 2015. DOI: 10.5935/1415-2762.20150046. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1026>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, p. 46-60, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2017.v20suppl1/46-60>. Acesso em: 25 jan. 2021.

LIMA, J. C. *et al.* Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 931-939, mar. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232017223.12742016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Myg4V_vLK4Kxw5JyhNwr-nQPr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 12 ago. 2021.

MELO, C. M. *et al.* Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3457-3465, out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.19652017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TndWRhN6TRTLvRkkg466Gfm/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 0 dez. 2022.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJBcdHy5K6NSc4X65f/?lang=pt>. Acesso em: 1 dez. 2022.

NASCIMENTO, I. G.; BEDRIKOW, R. Reorganização da atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID-19: revisão bibliográfica. In: Congresso de Iniciação Científica da UNICAMP, 29., 2021, São Paulo. *Anais [...]*. São Paulo: UNICAMP, 2021, p. 1-5.

NEGREIROS, D. S. *et al.* Mortalidade infantil: a evolução do indicador no estado do Tocantins entre os anos de 2010 e 2018. *Revista de Patologia do Tocantins*, Tocantins, v. 9, n. 2, p. 14-21, 2022. DOI: <https://doi.org/10.20873/10.20873/uft.2446-6492.2022v9n2p14>. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/13532#:~:text=Resultados%3A%20De%202010%20a%202018,residentes%20no%20Estado%20do%20Tocantins>. Acesso em: 26 nov. 2022.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* Adequação da investigação dos óbitos infantis no Recife, Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018233.14052016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/74Nfh8VLG9GTbG-VkhhmYCKk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.

OLIVEIRA, O. C.; SOARES JUNIOR, P. R. *O impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental das equipes de enfermagem no Brasil e as estratégias de enfrentamento frente a este desafio*. 2021. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Ânima. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANI-MA/14866/1/tccRUNA.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.



PERNAMBUCO. *Decreto nº 30.859, de 04 de outubro de 2007*. Dispõe sobre o Programa Mãe Coruja Pernambucana. Pernambuco, 2007. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=30859&complemento=0&ano=2007&tipo=&url=>. Acesso em: 4 jun. 2021.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. *Mapas da Saúde*. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde, 2020. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/mapas-da-saude>. Acesso em: 17 set. 2020.

RAMOS, T. C.S.; SILVA T. F. O trabalho na atenção primária em saúde e a pandemia por Covid-19: um relato de experiência. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, p. e38210313396, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Desktop/13396-Article-176448-1-10-20210320.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2022.

SILVA, M. G. *Técnicas para definir prioridades em saúde: análise através da mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza, em 1981-1983*. 1990. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

SILVA, R. M. M. *et al.* Seguimento da saúde da criança e prematuridade: as repercussões da pandemia da COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 29, p. e3414, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4759.3414>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YzHWpT7gHs6R76p8FFdZ4PS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 dez. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 23 de Agosto de 2022.

Aceito em 07 de Dezembro de 2022.

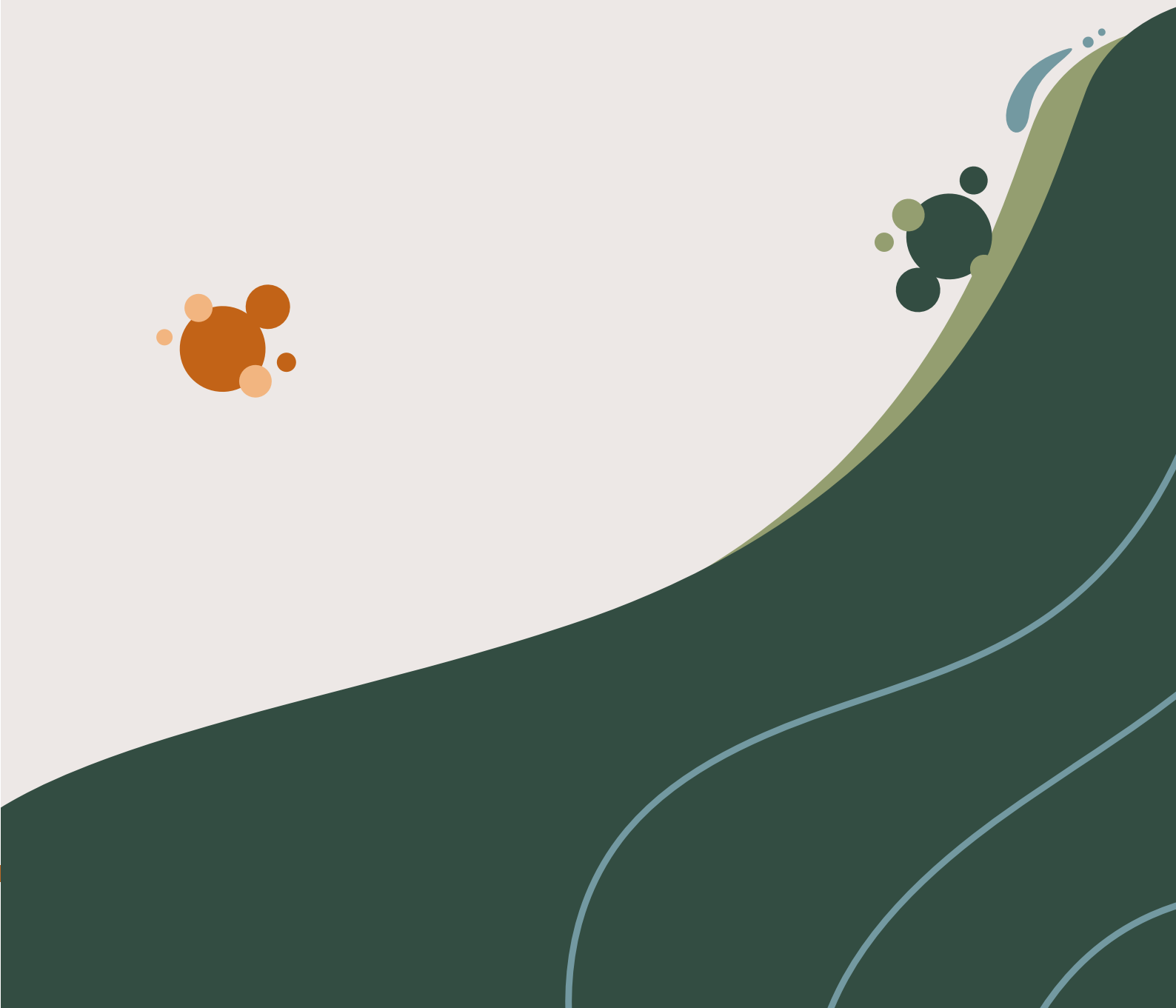
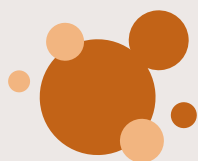
Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

DINIZ, Maria Margarida Gonçalves; PAZ, Alcieros Martins da; MACIAZEKI, Lariane da Silveira; LIMA, Kamila Thaís Marcula. Atuação da vigilância do óbito infantil no contexto da pandemia do novo Coronavírus em uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 113-125, 2022.



DÍÁLOGO COM A SOCIEDADE





Experiências com medicina narrativa no ensino médico

Experiences with narrative medicine in medical education

Luciana Andrade ¹
Elainni Cristina Soares ²
Lucas Dain ³
Lara Paiva ⁴
Ana Mallet ⁵
David Kestenberg ⁶
Fátima Geovanini ⁷

RESUMO

O presente artigo traz a experiência do grupo Humanidades, Medicina e Arte com seus alunos do um Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Através de exercícios realizados em aula na perspectiva da Medicina Narrativa os professores levaram os alunos à construção de narrativas. Apresentamos uma anamnese narrativa e outras três narrativas baseadas em música ou imagens. Acredita-se que esses exercícios, mesmo que não sendo do interesse inicial de todos os alunos, conseguem estimular o futuro médico à uma abordagem centrada na pessoa produzindo um melhor cuidado.

Palavras-chave: medicina narrativa; ensino médico; anamnese narrativa.

ABSTRACT

This article brings the experience of the Humanities, Medicine, and Art with its students of a Medical Program at the Universidade Estácio de Sá. Professors led students to construct narratives through exercises carried out in class from the perspective of narrative medicine. We present a narrative medical history and three other narratives based on music or images. We believe that these exercises, even if not of initial interest to all students, can stimulate the future doctor to a person-centered approach producing better care.

Keywords: narrative medicine; medical teaching; narrative medical history.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a formação do médico hoje leva bastante em consideração o alcance de uma prática humanizada, através da qual o médico consiga estabelecer boa comunicação com o paciente, o que se inicia com uma boa escuta. Nesse sentido, experiências de ensino baseadas na medicina narrativa, têm sido aplicadas em algumas escolas médicas brasileiras. Tendo conseguido um espaço no currículo com disciplinas voltadas para o eixo de humanidades, um grupo de professores do Humanidades, Medicina e Arte tem levado algumas dessas experiências para os alunos (ANDRADE *et al.*, 2022).

A Medicina Narrativa (CHARON, 2006) busca desenvolver habilida-

¹ Doutora em Ciências Biológicas pelo Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, UFRJ. Professora do Curso de Medicina Estácio-IDOMED.

<https://orcid.org/0000-0002-9771-0687>
<http://lattes.cnpq.br/3224255425795713>
luciana.andrade@estacio.br

² Aluna do Curso de Medicina Estácio-IDOMED.
elainnisoares@gmail.com

³ Aluno do Curso de Medicina Estácio-IDOMED.
lucasdain@outlook.com

⁴ Aluna do Curso de Medicina Estácio-IDOMED.
larapaivam@hotmail.com

⁵ Doutora em Medicina (Cardiologia) pela UFRJ. Médica da UFRJ. Professora do Curso de Medicina Estácio-IDOMED.
<https://orcid.org/0000-0001-9367-6349>
<http://lattes.cnpq.br/4882184753460589>
almallet@gmail.com

⁶ Especialista em Gastroenterologia pelo Conselho Federal de Medicina. MBA em Gestão em Saúde pela Universidade Cândido Mendes. Professor do Curso de Medicina Estácio-IDOMED.
<https://orcid.org/0000-0001-6894-2692>
<http://lattes.cnpq.br/269039553834594>
d.kestenberg@hotmail.com

⁷ Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Professora do Curso de Medicina Estácio-IDOMED.
<https://orcid.org/0000-0003-0891-7342>
<http://lattes.cnpq.br/9953301699283504>
f.geovanini@hotmail.com

des para a leitura atenta de livros, trechos literários ou cenas de filmes, com o objetivo de levar a uma escuta atenta do paciente. Para isso, Charon (2006) e Charon *et al.* (2017) desenvolveram uma prática de oficinas onde se realizam leitura compartilhada e produção de uma narrativa livre e reflexiva, atividades fundamentais para a caracterização do trabalho. As narrativas produzidas podem ser lidas ao final individualmente ou em grupo, estimulando a discussão.

Aqui apresentaremos algumas experiências vividas numa disciplina eletiva de um curso de medicina, trazendo narrativas escritas pelos alunos. Acredita-se que esses exercícios, mesmo que não sendo do interesse inicial de todos os alunos, conseguem estimular o futuro médico à uma abordagem centrada na pessoa produzindo um melhor cuidado.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Oficina I: Anamnese narrativa

A anamnese médica é o relato da história do paciente, sendo complementada com a descrição do exame físico realizado (ALELUI *et al.*, 2021). Costuma seguir um padrão que é ensinado aos alunos e que se perpetua pela vida médica. A anamnese narrativa, além dos dados médicos da doença do paciente, traz um relato sobre o paciente em si, geralmente realizado pelo médico que consegue ouvir seus pacientes com atenção e, como preza pela escrita, traduz isso em um relato com uma história mais completa da pessoa.

Foram apresentadas aos alunos duas anamneses escritas em tempos bem distintos, uma pelo Dr. Mota a respeito de um paciente que diagnosticado com AIDS no início da descoberta da doença. Trata-se de um relato carinhoso que não deixa de trazer os dados médicos da situação do rapaz (MALLET, ANDRADE, 2017). A outra anamnese é um relato bastante artístico de um aluno sobre um paciente que teve a chance de conhecer no HFSE (Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro) durante suas aulas práticas de propedêutica médica. Ao final da leitura compartilhada das anamneses, a maioria dos alunos disse que eram lindas, mas que seria muito difícil conseguir fazer algo assim, afinal não possuíam o dom da escrita e, tinham a obrigação de escrever a anamnese sintética, ou história da doença do paciente (HDA). Mas foram convidados a tentar, e uma das anamneses entregue foi a que se segue.

Anamnese narrativa

M.S.F, sexo feminino, 62 anos, negra, do lar, mas conta que já fez “tudo um pouco” nessa vida. Nasceu no Rio, moradora da Rocinha.

Seu quadro de queixas inicia quando relata que, em abril, começou a sentir dor na ponta do dedão do pé esquerdo. Não referindo outros sintomas além deste, dona M.S.F retorna a procurar atenção médica após piora da dor na ponta do dedão esquerdo, que agora evoluíra para uma “ferida que só piorou”, de acordo com as palavras dela, decorrente de uma insuficiência arterial crônica. Nega



DM, e relata HAS em controle há 10 anos, fumante desde jovem. Agora encontra-se internada à espera de “sua” cirurgia.

Quando eu e meu grupo de prática nos deparamos com ela, visivelmente abatida no leito de número 3, não nos demos conta, logo de início, do quão delicada era sua situação. Não falando somente da situação de estar num leito, à espera de uma cirurgia, ou da doença em si, mas da situação imposta a ela, entre ter que escolher entre perder um pé ou a metade de uma de suas pernas.

Falando em escolhas, quem é que, de fato, é bom nisso? Devemos conversar sobre isso? Ou será que não temos tempo para perder escolhendo? E, mais... Será que, se alguém escolhesse algo por nós, “visando nosso bem estar” e prognóstico diante de uma doença, resolveria de fato? Dona Maria, já não mais apenas a paciente M.S.F do leito 3, vivia justamente neste último dilema. Ter que escolher ou deixar que escolham por ela, entre perder parte do corpo e evitar a piora de um quadro clínico e perder a funcionalidade do dia a dia, ou deixar aquela parte ali, e viver aos poucos a perda da função daquela parte. Difícil, né?

Voltando ao leito, à situação dela e do ambiente. De todos os profissionais que entraram ali naquela sala fria, nenhum deles amenizou o clima gélido e duro da escolha da paciente... “Dona Maria, a senhora sabe o que vai acontecer se não cortar essa perna, né?”, “Não tem mais jeito, mesmo. Tem que tirar logo, senão vai ir subindo e vai ter que cortar a perna inteira”, “A senhora tem até amanhã de manhã pra decidir, mas já sabe o que é o melhor, né?”. Essas foram apenas três das inúmeras frases ditas entre técnicos de enfermagem, enfermeiros e dois médicos que passaram por ali. Acho que nunca tinha visto, ouvido e sentido tanta dureza diante de um leito, e nunca vi antes tamanha tristeza no olhar de um paciente. Já não era mais uma anamnese, ou uma prática de Clínica Médica, era uma lição de vida.

Hipocorada, desidratada e com um choro engasgado, dona Maria olhava para todos ao redor, como com uma cara de quem estivesse implorando por socorro. Mas não me refiro a socorro físico. Ninguém havia parado para prestar atenção no que de fato ela queria, ou havia escolhido dentro dela. Aposto que nenhum daqueles médicos, enfermeiros e técnicos sabiam que ela já havia perdido muitas coisas e pessoas na vida. Que havia perdido três de seus filhos, sua dignidade e saúde, tentando sobreviver em meio às dificuldades de uma vida de batalhas. Eles não sabiam, mas nós soubemos, porque paramos para ouvi-la, e deixamos de lado o “check list” da anamnese de lado.

Dona Maria não queria ter que perder mais algo na vida. Depois de tantas perdas, mais esta, oras? Perder a perna significava perder sua utilidade. E como iria fazer as coisas do dia a dia? Significava perder a agilidade. E como subiria, agora, os cinco lances de escada até sua casa? O maior questionamento, nisso tudo, nunca foi somente entre perder uma perna ou um pé. Perder é perder, mesmo que, no caso da doença, fosse um ganho (evitar que acometesse todo o membro inferior esquerdo).



Por fim, voltando para o outro lado do leito, o nosso, me coloquei a questionar sobre até que ponto a nossa escolha profissional é, de fato, a melhor para o paciente. E se ela soubesse como a doença pode evoluir? E se nós parássemos mais vezes para enxergar os detalhes nas entrelinhas da sua anamnese, os quais a fizeram optar por não se desfazer de uma parte do corpo? Das duas, uma: um paciente não é só um número. Não é só um leito. Não é só a doença. Não é só uma anamnese. É uma história. E com a dona Maria não era diferente. Ela não era apenas uma paciente prestes a perder uma parte da perna, mas sim, uma mulher, uma pessoa, com um histórico infinito de perdas.

Elainni Cristina Soares

Oficina II: Escrita criativa a partir de uma música

Nesta oficina, realizada em sala de aula com a mesma turma, os alunos foram convidados a assistir o vídeo e ouvir a música “Miedo” interpretada por Lenine e Julieta Venegas. Ao término, foram solicitados a escrever uma narrativa usando a expressão disparadora “tenho medo de médico”. Trazemos como resultados as duas poesias a seguir.

Tenho medo de médico (Aluna 1)

*Tenho medo do medo
que o médico me passa
da cor alva do jaleco e
da sobancelha arqueada.
Tenho medo das medidas
dos remédios e das doses
da ponta da caneta deslizando no papel
e da sensação de abreviar a vida.
Quando tive medo de ter medo
da cor branca do tecido do jaleco
e de todas as outras coisas
na verdade, tive medo da dor
e da sensação de medo
que ela me causa.*

Elainni Cristina Soares

*Tenho medo de médico
Tenho medo de medicina,
Tenho medo de médico,
Tenho medo de ser médica,*



*Tenho medo de não ser médica,
Tenho medo de não ser uma boa médica,
Tenho medo de não ser boa o suficiente,
Tenho medo de errar,
Tenho medo de errar com o paciente,
Tenho medo de errar comigo mesma,
Tenho medos,
Muitos medos.
Às vezes não tenho medo,
Com ou sem medo,
Sigo,
Sendo ou não médica,
Tenho medo.
Lara Paiva*

Oficina III: Literacia Visual

Neste terceiro exercício, foi utilizada a leitura de imagens de cinema. A leitura das imagens é conhecida como literacia visual e definida por Elkins (2003) como a capacidade de ler e interpretar uma imagem. Começamos esse exercício sempre evocando a figura do coelho-pato, utilizada nos séculos XIX e XX em obras sobre a psicologia da visão, mas que ganhou importância através das Investigações Filosóficas de Ludwig Wittgenstein (2000), como imagem-metáfora da complexidade da experiência visual (CAPELOA-GIL, 2011). Posteriormente, convidamos os alunos à leitura de uma imagem. A imagem utilizada nessa aula foi uma cena do filme *“My life without me”* (dirigido por Isabel Coixet em 2003). A cena mostra uma parede de azulejos verdes com cadeiras dispostas em fila à frente. Há duas pessoas sentadas lado a lado nessas cadeiras: uma mulher jovem e um homem vestindo um jaleco. Ele segura um livro e seu olhar está distante, não fixado na mulher. Ela, ao contrário, o olha firmemente.

Após a observação da imagem, os alunos foram solicitados a utilizar a expressão disparadora “não tenho tempo” para escrever uma narrativa curta em cerca de 15 minutos. A maioria dos alunos escreveu narrativas que falavam da escuta de um diagnóstico desagradável e “não tenho tempo” se referia principalmente a não poder cuidar do outro ou de si mesmo após a notícia. Um aluno, entretanto, conseguiu ler a imagem como uma grande desilusão amorosa da mulher na cena. Após a observação da imagem, os alunos foram solicitados a utilizar a expressão disparadora “não tenho tempo” para escrever uma narrativa curta em cerca de 15 minutos. A maioria dos alunos escreveu narrativas que falavam da escuta de um diagnóstico desagradável e “não tenho tempo” se referia principalmente a não poder cuidar do outro ou de si mesmo após a notícia. Um aluno, entretanto, conseguiu ler a ima-



gem como uma grande decepção amorosa da mulher na cena.

Não tenho tempo

Esqueci dentro da minha bolsa o tom lilás de minha camisa, que escolhi para encontrar esse senhor seguro. Esqueci um maço de cigarros, um batom antigo com espelho. Minha vaidade e espanto. Esse infeliz envelhecido nem reparou. Ne reparou no meu pescoço, esse cordão, cujo pingente ficou na casa de meu último amante. De quem às pressas me desfiz ao entender, ou tolamente acreditar, que esse senhor ou infeliz, seria capaz de me amar. Esqueci, no alto de minha ignorância, que esse desgraçado, é quem é o verdadeiro ignorante, com suas certezas tão óbvias e solares, eu que me perco para que ele tenha razão. E se passaram dois minutos. E tudo que fiz para que ele percebesse, para que me percebesse, fugiu, sumiu, na certeza boba do dia seguinte.

Lucas Dain

DISCUSSÃO

As leituras diferenciadas de uma imagem de cinema ou música ou quadro, ocorrem pela singularidade de cada ser. Cada um aguça uma imaginação diferente ao juntar a leitura proposta com a expressão disparadora. No caso da música, a aluna Elainni parece ter lembranças que se referem realmente a um medo seu de médico. A outra poesia, escrita durante o mesmo exercício, apresentou características diferentes, mais relacionadas à profissão que a aluna terá. Já o aluno Lucas Dain ao ler a cena exposta, teve um arroubo de imaginação, e tal qual ocorre com o coelho-pato, para ele o animal lido foi diferente do restante dos alunos. Essas técnicas nos mostram que independente de serem ou não artistas, os alunos têm capacidade de observação que pode ser trabalhada. Ao exercitarem essas escritas, incluindo aqui obviamente as anamneses narrativas, acredita-se que os alunos possam alcançar uma prática médica centrada na história do paciente, contribuindo para um melhor cuidado. Aleluia et al. (2022) acreditam que assim os profissionais médicos também refletem sobre sua própria vulnerabilidade e a capacidade de se comunicar com o paciente.

Outra questão a ser considerada aqui refere-se ao próprio aluno que se formará médico. Durante o curso, com suas características técnicas dominantes, muitos se sentem amedrontados, como vimos na poesia da aluna 2. Sabemos que as competências profissionais a serem atingidas, se estendem para além do conhecimento técnico. Levam em consideração a capacidade de trabalhar em equipe, saber liderar, ter habilidades de comunicação, empatia e auto-controle. Essas são competências emocionais, consideradas essenciais atualmente e que representam uma tentativa de resgate de uma prática médica atenta ao vínculo com o paciente (TEMPSKI, MARTINS, PARO, 2012). Como podem ser alcançadas pelos alunos, ou melhor, como podem ser ensinadas? Acreditamos que a junção da arte com o ensino das disciplinas médicas essencialmente técnicas, possa trazer momentos de reflexão ao aluno, gerando maior segurança diante do que está por vir.



A medicina narrativa, entretanto, encontra resistências tanto de professores quanto dos próprios alunos, afinal, diante de tudo o mais que precisa ser assimilado no curso, ler uma imagem ou escrever uma narrativa, parecem perda de tempo, e ele é precioso. Um grupo de professores da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que também vem utilizando artes e medicina narrativa no curso de medicina, comentaram que o foco inicial dos alunos era sempre a doença e o tratamento. Isso deixa-os despreparados para o encontro clínico com o paciente e sua família. A abordagem através das artes juntamente com a ciência, enfatiza e dá importância à história do paciente (ABREU *et al.*, 2022).

Para finalizar, Charon (2021) nos fala de uma nova permeabilidade entre arte e ciência, na qual observa-se os cientistas buscando promover transformações artísticas em seus pupilos. De acordo com a autora, somos todos, cientistas ou artistas, contadores e ouvidores de histórias, ou seja, narrativistas que contam o que acharam e ouvem os achados dos outros. Na área da saúde e além, conhecer, ver e contar, orienta nossos pensamentos e ações.

Dedicatória

Dedicamos esse trabalho a Dra. Jessika Damas Pereira, nossa ex-aluna e primeira monitora do Grupo Humanidades, Medicina e Arte, que escutou com calma seus pacientes durante os dois primeiros anos da sua prática médica no período da pandemia, resultando no livro “Relatos de uma jovem médica na menor cidade do Brasil”.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. M.; MAIA, M. N.; TELLES, A. O.; SANTOS, R. O. M.; GOMES, M. K.; MALLET, A. L. R.; AZEVEDO, L. M. S. Advances in shared decision making in Brazil: The role of patient autonomy in curriculum reform, health system and clinical care. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen* (ZEFQ). Article in Press.

ALELUIA, I. M. B.; GALLIAN, D. M. C.; SASS, S. D. A liberdade de (se) narrar no ensino da semiologia médica. *RBEM*, v. 46, n. 3: e095, 2022.

ANDRADE, L.; MALLET, A. L. R.; KESTENBERG, D.; GIOVANINI, F. C. M. Humanidades, Medicina e Arte: dez anos de experiência e próximos desafios. *Medica Review*, v.10, n. 2, 2022. ISSN 2660-6801.

CAPELOA GIL, I. *Literacia Visual – estudos sobre a inquietude das imagens*. Edições 70, Lisboa. 2011.

CHARON, R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York, Oxford University



Press. Oxford University Press, 2006.

CHARON, R. The art of medicine. Knowing, seeing and telling in medicine. *The Lancet: Perspectives*, v. 398, December 4, 2021.

CHARON, R., *et al.* *The principles and practice of narrative medicine*. New York, Oxford University Press, 2017.

ELKINS, J. *Visual Studies: A Skeptical Introduction*. London: Routledge, 2003.

MALLET, A. L. R.; ANDRADE, L.. *Literatura e Medicina: uma experiência de ensino*. Rio de Janeiro, Livros Ilimitados, nova edição, 2017.

TEMPSKI, P.; MARTINS, M. A.; PARO, H. B. M. S. Teaching and learning resilience: a new agenda in medical education. *Medical Education*, v. 46: 343-348, 2012.

WITTGENSTEIN, L. *Investigações Filosóficas*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbekian, 2000.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 01 de Outubro de 2022.

Aceito em 25 de Novembro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

ANDRADE, Luciana; SOARES, Elainni Cristina; DAIN, Lucas; *et al.*. Experiências com medicina narrativa no ensino médico. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 127-134, 2022.





La edad madura: La obra de Camille Claudel y la Medicina Narrativa

A idade madura: A obra de Camille Claudel e a Medicina Narrativa

The mature age: The work of Camille Claudel and Narrative Medicine

Ricardo Teodoro Ricci ¹

RESUMEN

Las biografías de los artistas, sus obras y las interacciones que tienen durante sus vidas, son útiles para que médicos y estudiantes de medicina obtengamos enseñanzas prácticas y éticas. La obra de Camille Claudel, precisamente su escultura “La Edad Madura”, es una invitación a poner en práctica los valores de la Medicina Narrativa: interpretación, emoción y aprendizaje.

Palabras clave: Medicina Narrativa, biografía, interpretación

RESUMO

As biografias dos artistas, suas obras e as interações que eles têm ao longo de suas vidas, são úteis para médicos e estudantes de medicina obterem ensinamentos práticos e éticos. A obra de Camille Claudel, precisamente a sua escultura “A Idade Madura”, é um convite para colocar em prática os valores da Medicina Narrativa: interpretação, emoção e aprendizagem.

Palavras-chave: Medicina Narrativa, biografia, interpretação

ABSTRACT

The biographies of the artists, their works, and the interactions they have throughout their lives are useful for physicians and medical students to obtain practical and ethical teachings. The work of Camille Claudel, particularly her sculpture “The Mature Age”, is an invitation to put into practice the values of Narrative Medicine: interpretation, emotion, and learning.

Keywords: Narrative Medicine, biography, interpretation

¹ Médico. Clínica Médica. Especializado en Comunicación Humana y Sistemas Humanos. Ex profesor (jubilado) de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán en Antropología Médica (grado), Epistemología de la Medicina, y Bioética y Legal (posgrados). Escritor.
teodoro.ricci@gmail.com

Las obras de arte, como la vida, están abiertas a las más diversas interpretaciones. A la vida se le da por premiar o castigar esos intentos, creo, que, por ahora, a las obras de arte no. La Medicina Narrativa, un complemento destacado de la medicina clínica, invita a los médicos a realizar interpretaciones, a dejarse impresionar por las diversas expresiones artísticas, a aprender y sacar conclusiones de las historias que se hallan por detrás de las obras de arte. Por detrás, como entre bambalinas, de toda manifestación artística, literaria o no, se encuentra la vida de la persona que la ejecutó, los detalles de su época, sus pasiones, sus amores, sus enfermedades y sus condenas. La “Edad Madura”, no es la excepción de esta regla, todo lo contrario.

Por eso, careciendo de toda formación en artes plásticas y valiéndome exclusivamente de mi sentido estético, me atrevo a comentar “La edad Madura”, una admirable escultura de Camille Claudel terminada allá por el año 1895. Tardó en hacerse pública, y mucho más en hacerse famosa. Parece haber sido víctima de un problema de interpretación, privado primero y públi-

co después. Algunas interpretaciones propias, que devienen en hipótesis personales, acaso nos ayuden a sacar mayor provecho de este recorrido.

Se las presento, se encuentra en el museo de Orsay en París, Francia¹:



Obra “La edad madura” Museo de Orsay, Paris, Francia².

La obra es de una época muy particular en la vida de Camille, también en la de su amante Auguste Rodin. Ella era muy joven, se había convertido en alumna y amante de su maestro a muy temprana edad, cuando él ya se encontraba en la cuarentena avanzada. Disfrutaron de temporadas de un amor tan apasionado como secreto. La relación estuvo signada por un intenso erotismo, una pronunciada asimetría del poder y una evidente egolatría. Mientras se mantenía esta relación que para Camille era única, el escultor tenía un compromiso afectivo muy diferente, su interés permanecía disperso. Era un mujeriego empedernido, de promesa fácil y cumplimientos diferidos. Mantuvo a lo largo de los años una amante ‘oficial’, Rose Beuret, con la que finalmente se casó poco antes de morir ella algunos años después. De este modo, Rose es la mujer que, compitiendo con Camille, resulta finalmente favorecida. Rodin abandona a Camille, una genial escultora, una bella y apasionada mujer, para continuar hasta el fin su relación con Rose Beuret, una mujer de carácter más dócil y servil.

La encargada de preparar, en estado óptimo, los modelos de Rodin. Un detalle que no puede pasar desapercibido, es que Camille fue inducida a abortar, un tiempo antes de que se inicie el proceso

¹ El Museo de Orsay (en francés, Musée d’Orsay) está dedicado a las artes plásticas del siglo XIX, más en concreto, del periodo 1848-1914. Ocupa el antiguo edificio de la estación ferroviaria de Orsay y alberga la mayor colección de obras impresionistas del mundo. Allí se exponen dos obras de Camille Claudel: Camille Claudel (Fère-en-Tardenois, 1864-Avignon, 1943) “La edad madura” (Bronce 1902) y Torse de Clotho (Yeso 1893). El museo se sitúa en: El Museo de Orsay se encuentra en el número 62 de la rue de Lille-Varenne 75343 en París. Se puede consultar su página Web: <https://www.musee-orsay.fr/fr> El museo Camille Claudel: <https://www.museecamilleclaudel.fr/>

² This image is in the public domain because its copyright has expired. However - you may not use this image for commercial purposes and you may not alter the image or remove the watermark.

de distanciamiento. Esta mezcla explosiva de celos, erotismo, egoísmo, embarazo inoportuno, frenesí, capricho, imprudencia y quién sabe que otras añadiduras, desencadenó el infierno de Camille.

Cuando contemplo “La edad madura”, con un conocimiento incompleto, pero global, de la vida de Camille, me surgen algunas interpretaciones interesantes y sugestivas, al menos para consumo propio. La historia parece estar a favor de que la maravillosa escultura en cuestión, fue una obra bisagra. Antes de ella, pacto de amor clandestino y frenético, luego de ella, ruptura, soledad y encierro de Camille en su casa atelier. Parece ser también un punto de inflexión, para que Camille pase del estado de relativa salud psíquica, a un trastorno psiquiátrico declarado, una manía con rasgos persecutorios y de grandeza. Ese fue el motivo, quizás un pretexto, para la internación en un manicomio que se prolongó durante 30 años hasta su muerte a los 79 años. Una historia tan excesiva que llama profundamente la atención, que invita a observar y ocuparse de los detalles. Que, a la vez, amenaza con permanecer para siempre en el misterio. Intentaré regresar a este tema al final de esta nota.

Mi aventurada interpretación

En la obra, una joven trata de retener consigo a un hombre envejecido que, a su vez, es atraído hacia sí, por una mujer de edad madura, que lo toma con fuerza y parece susurrarle algo al oído. El vuelo de las ropas al viento, le aporta a la escena dramatismo y una dinámica muy particular. Sugiere una disposición hacia un futuro irremediable y vertiginoso. La actitud de la joven es implorante, y su desnudez acaso expresa sensualidad y, sobre todo, desamparo, exposición, miedo. Tenemos todo el derecho a pensar, que la mujer susurrante, representa a Rose atrayendo a sí a su codiciado hombre. A mis ojos también parece representar a la mismísima muerte que, interesada también, lo arrastra hacia su destino inexorable. El hombre, no tiene la prominente barba de Rodin, por el contrario, es un individuo enflaquecido, piel y huesos, los restos de un hombre que fue. ¿La pasión lo secó? Lo que la mujer / muerte se lleva para sí, ¿es solo lo que queda, un despojo? No lo sé.

Lo que parece evidente, es que la jovencita que implora de rodillas ha perdido la disputa. Parece estar destinada a quedarse sola, sin amparo y a la intemperie. Parece mostrarse aún deseosa de ese hombre acabado; acaso avergonzada por haberle dado todo, su buen nombre y su virtud. La actitud muestra un apego que puede interpretarse como el único resguardo ante, la soledad y la cruda exposición a la hipócrita ‘moral social’.

Camille Claudel, brillante escultora, reconocida en el medio como una genial artista, se encuentra distanciada de su familia que la considera pecadora y promiscua. Se atrinchera en su casa – atelier rodeada de una infinidad de gatos. En sus ataques de furia, destruye sus propias obras, incluso los bustos de niños recién nacidos a los cuales se dedicó con ahínco, luego de su nefasta decisión de hacer lugar a los pedidos de su egocéntrico y descomprometido amante. No salió de su casa durante un período de cuatro años. La razón que esgrimía, es que debía cuidar su obra de los enviados de Rodin, que por la noche entraban por las ventanas para robarlas y copiarlas para que el escultor, luego, se atribuyera su autoría. De su departamento, la buscaron tres hombres con largas batas blancas, para encerrarla en un manicomio de parias, el hospital psiquiátrico de Ville-Évrard. Unos pocos meses después, con el pretexto del comienzo de la Primera Guerra, fue trasladada a Montdevergues, cerca de Avignon. Manicomio del cual, a pesar de su recuperación, nunca salió. Allí, luego de treinta años de ininterrumpido encierro, murió indignamente.

Hipótesis

Camille se encierra por miedo, por pánico a la sociedad y los espacios abiertos. Actualmente, diríamos agorafobia, quizás por un trastorno psiquiátrico de mayor envergadura. Deseo encontrar el



motivo por el que una mujer en la flor de la edad, que no muestra rasgos de estar desquiciada, que persiste lúcida e inteligente, ingresa a estas instancias infernales. En el manicomio, ella misma afirma, en cartas a su hermano Paul, no soportar los gritos y las risotadas estentóreas. Llama la atención que no haya intentado fugarse ni una sola vez. Durante años, espera ansiosa e inútilmente que su hermano, su madre, le permitan salir de ese lugar de tortura para llevarla a su casa, al menos al hospital Sainte Anne, famoso neuropsiquiátrico de París. Parece conformarse con una emancipación condicionada, limitada, con un encierro más confortable.

Durante su estadía en Montdevergues, los médicos no la califican como una persona agresiva, interactúa con ellos de manera frontal, con un lenguaje fluido y absoluta coherencia. No requiere medicación ni cuidados especiales. Por esos motivos, el mismo equipo médico recomienda a sus familiares la externación. Su madre y hermanos se negaron de manera reiterada a atender a esos pedidos; llamativamente los médicos, bajaron la cabeza y aceptaron convertirse en cómplices de ese atropello, de esa condena.

Efectivamente, la familia, en un empantanamiento de recuerdos, rencores, envidias, inconscientes mandatos, frustraciones y fantasmas históricos; en suma; de pura miseria humana, hace caso omiso a la recomendación médica y decide que continúe internada. Los médicos (verdugos) acatan la decisión y la ejecutan prolongando una y otra vez la internación.

¿Podrían estos haber actuado de otro modo? ¡Claro que sí! Si se decide el alta del paciente y está debidamente fundamentada no hay poder humano que obligue al médico a dar marcha atrás. ¿La justicia? Si, seguramente, pero sólo si los argumentos de los peritos de parte demuestran lo contrario en un juicio complejo y lento. Los sucesivos médicos de Montdevergues acatan. ¿De manera pusilánime o interesada? Las sentencias familiares. Es por eso que los denomino verdugos. El jurado, cuando sentencia al reo a muerte, no la realiza por mano propia, cuenta con un verdugo cuya misión es acatar y ejecutar la orden.

¿Por qué se avino, en contra de su voluntad, a permanecer allí hasta que alguien la ‘libere’? ¿Tendrá que ver con la desprotección y la congoja con que la jovencita de “La edad madura” implora no quedar sola?



Detalle de “La edad madura”

“Alcanzada su madurez, el hombre está vertiginosamente atraído por la edad, mientras tiende una inútil mano hacia la juventud. Las figuras desnudas están envueltas en drapeados que acentúan la rapidez de la marcha. Las grandes oblicuas convergen en perspectiva.”³



Detalle de “La edad madura”

Su hermano Paul (CLAUDEL, 1951), eximio poeta y diplomático, consigna en su pequeña obra llamada “Mi hermana Camille”: *“Mi hermana Camille, Implorante, humillada a rodillas, está soberbia, está orgullosa, y saben lo que se desprende de ella, en este mismo momento, delante de su mirada, es su alma”*.

Por ahora no he hallado el camino para comprobar mi hipótesis. Esos treinta años de pasividad obediente en una mujer de su carácter, me desvelan. Las numerosas cartas que escribió en ese período muestran su coherencia, persiste en el delirio persecutorio, pero su aparato cognitivo y emocional parecen estar indemnes. Su triste destino parece haber surgido de los infernales fantasmas familiares, y llevado a la práctica por un sistema médico interesado, pusilánime y cómplice. No puedo explicarme por qué, en uno de esos paseos por las montañas cercanas a Avignon, no intentó escapar soltando definitivamente la mano que, seducida por la Parca, intentaba alejarse de ella.

REFERENCIAS

CLAUDEL, Paul. *Ma sœur Camille*: catalogue de l'exposition Camille Claudel. Paris: Musée Rodin, 1951.

DESBORDES, Michelle. *El vestido azul*. Cáceres: Editorial Periférica. 2018.

3 Comentario acerca de la estatua en la página web del Museo de Orsay.



LASO, Enrique. *El abismo de Camille: La Terrible Historia de Camille Claudel*. [S. l.] CreateSpace Independent Publishing Platform, 2014.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 12 de Setembro de 2022.

Aceito em 21 de Outubro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

RICCI, Ricardo Teodoro. La edad madura: La obra de Camille Claudel y la Medicina Narrativa. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 135-140, 2022.





En qué consiste “Humanizar la medicina”, ¿es eso posible?¹

Em que consite “Humanizar a medicina”, isso é possível?

What does “Humanizing medicine” consist of, and is it possible?

Ricardo Teodoro Ricci ¹

RESUMEN

Con cierta liviandad se habla, aún en ambientes médicos, de Humanizar la Medicina. Teniendo debidamente en cuenta que, las definiciones de Humanismo a lo largo de la historia han sido diversas; precisar en qué consiste “Humanizar”, a causa de su polisemia, no es una tarea fácil. Este texto pretende marcar algunos criterios, sólo algunos, que nos ayuden a discernir en esta importante cuestión.

Palabras clave: humanización; humanizar la medicina; criterios imperativos.

¹ Médico. Clínica Médica. Especializado en Comunicación Humana y Sistemas Humanos. Ex profesor (jubilado) de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán en Antropología Médica (grado), Epistemología de la Medicina, y Bioética y Legal (posgrados). Escritor.

teodoro.ricci@gmail.com

RESUMO

Com certa leviandade fala-se, mesmo nos meios médicos, da Medicina Humanizadora. Claramente levando em conta que as definições de Humanismo ao longo da história foram diversas; especificar o que é “Humanizar”, por sua polissemia, não é tarefa fácil. Este texto visa marcar alguns critérios, apenas alguns, que nos ajudam a discernir esta importante questão.

Palavras-chave: humanização; medicina humanizadora; critérios imperativos.

ABSTRACT

With a certain levity, one speaks of Humanizing Medicine, even in medical circles. Clearly, taking into account that the definitions of Humanism throughout history have been diverse, specifying what is “humanizing” is not an easy task due to its polysemy. This text aims to mark some criteria, just a few, that help us discern this important issue.

Keywords: humanization; humanizing medicine; imperative criteria.

Introducción

Frecuentemente en diferentes ambientes médicos se considera necesario hablar de “Humanizar la Medicina”. Se insiste en que es necesario hacerlo pronto por diversos motivos: se echan de menos ciertos valores de la profesión, los pacientes hacen oír sus reclamos, se percibe que la práctica médica se ha vuelto insensible. En nuestro medio, no hay profesional de la salud que se oponga a dicha ‘humanización’, sin embargo, a la vez, no son muchos los pasos concretos que se dan en ese sentido. Una de las razones para explicar este fenómeno, sólo una de ellas, es que no se conoce con mucha exactitud el significado de esas palabras. Hay otras, algunas de ellas con enorme peso específico, que por ahora no vamos a considerar

¿Qué significa, entonces, humanizar la Medicina?

Podemos comenzar aclarando algunas cuestiones que confunden y engañan.

La primera que se me ocurre remarcar, es que habitualmente se en-

¹ Nota del autor: Reitero mi agradecimiento a Gutierrez Recacha, P. “La humanización de la Medicina” bajado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9s1/13.pdf> que ha inspirado el presente escrito.

tiende que humanizar la medicina es lograr médicos “buenitos”. Esta confusión está muy difundida entre los médicos y es demasiado frecuente en educación médica. Esa realidad, con frecuencia hace que las cosas no vayan por buenos caminos. Lamentablemente le quita eficacia al proceso de enseñanza y permite que todo el proceso resulte severamente desvirtuado. Destaquemos que la humanización de la medicina tiende a formar y fomentar médicos virtuosos, lo que no tiene nada que ver con que sean “buenitos”, simpáticos, complacientes, desprendidos, sonrientes, etc. En este punto quizás convenga aclarar que cuando, por deformación profesional, me refiero a ‘los médicos’, en realidad deseo que mis comentarios se hagan extensivo a la totalidad de los profesionales de la salud. Los médicos y ellos, de manera complementaria hacemos la medicina.

En segundo lugar, recordemos que todo lo que el hombre hace, es acción humana. ¿Una obviedad? Sin embargo, eso tiene la desagradable implicancia de afirmar que, es tan humano cuidar enfermos en un lazareto de Calcuta, como encerrar a miles de personas en campos de exterminio, o permitir que familias enteras mueran ahogadas en las aguas del Mediterráneo.

Este razonamiento repugna a la inteligencia, debe haber otros motivos que hacen que humanizar sea algo deseable. Un superficial recorrido por los hechos del siglo XX, puede enseñarnos algunas cosas, son varias las acepciones de humanismo que, durante ese tiempo, volaron por los aires y dejaron de tener sentido.

Los rasgos del humanismo de la modernidad se desplomaron por efecto de la realidad:

- A) La idea de la existencia de una sola verdad, resultó intolerable y criminal.
- B) La idea de que una cultura podía ocupar todo el espacio global de manera excluyente, resultó suicida.
- C) La primacía de la razón, la ciega confianza en ella y en la ciencia, la apuesta por el progreso indefinido, concluyeron en un funesto carnaval de irracionalidad: guerras, exterminio, guetos, Gulags, masacres atómicas, genocidios, inequidad, miseria, hambre, etc.

Todo eso fue realizado por los hombres, por lo tanto, podemos considerarlo parte de nuestro desdichado patrimonio. Sin embargo, podemos intentar ver las cosas de otro modo para aspirar a lograr una respuesta medianamente satisfactoria a nuestro planteo inicial.

Propuesta

Propongo unos pocos mojones para lograr caracterizar un humanismo que nos conduzca con alguna certeza hacia la humanización de la práctica médica (GUTIERREZ RECACHA, 2006).

Vayamos acordando que:

1) Humanizar es resguardar la complejidad. Es lo contrario a cosificar, simplificar y reducir. Equivale a decir que el ser humano (todo humano) no es una cosa, es un ser único, digno y complejo. No es algo que simplemente ocupa un lugar en el espacio, que se puede poner o sacar según convenga.

El ser humano es un sistema vivo de altísima complejidad, la mayor entre los seres vivos y no vivos. Para hacer una comparación gráfica, alguien aseveró con razón, que un solo ser humano es más complejo que la suma de todas las galaxias. Sea esto cierto o no, el caso es que no puede ser reducido a algo simple. Ciertamente, es más complejo, y no puede ser reducido a un animal, un agente, un paciente, un niño. Con el ser humano, como con todos los sistemas complejos, no es posible caer en simplificaciones. No es válido decir “el ser humano no es más que...” Sea lo que sea que signifique ese “no es más que”. No puede ser reducido a ‘animal inteligente’, ‘animal con conciencia y voluntad’, ‘animal político’, ‘ser para la muerte’, ciudadano, integrante, creyente, padre, madre, hijo, ‘sidoso’, ‘diabético’, homosexual, etc. etc. Es la suma de todas esas características y particularidades y mucho, muchísimo más.



2) Humanizar es reconocer la individualidad del ser humano. Una entidad singular, original y diferente al resto de los de su especie. Poseedor de una dignidad particular, autonomía y libertad. Un ser capaz de proporcionarse sus propias normas, cambiarlas, adaptarlas y ser consecuente con ellas, un ser capaz también de cometer errores. Autónomo, por naturaleza ajeno a la obediencia ciega, la manipulación, la robotización y la indiferencia.

Abierto al mundo compartido, al mundo social y de la cultura. Abierto al diálogo y los consensos. Estas cualidades, a las que se suma la libertad, hacen del ser humano un individuo al que se necesita pedir su acuerdo para llevar a cabo cualquier acción que lo involucre. ¡Pareciera estar hablando de una utopía...! Sin embargo, todo está contemplado en la declaración de los derechos del hombre. Nunca, nunca, nunca, conviene olvidar que el ser humano también tiene deberes propios de la pertenencia a la especie y a su medio social.

3) El ser humano es capaz de ser virtuoso, de optar y perseverar de manera continua y voluntaria en la realización de hábitos buenos. Buenos, ya que son provechosos para él y la comunidad a la que pertenece. Obviamente, también tiene la capacidad para realizar de manera permanente actos moralmente malos, que atentan contra él y su comunidad, denominados vicios.

La persona tiene conocimiento y aprecia no sólo los hechos, sino también los valores. Como dice Diego Gracia: “Toda apreciación humana, a la par que racional, es también un acto emocional y subjetivo” (GRACIA, 2003).

No sólo habla de su libertad, sino de su capacidad de aprender y adaptarse. Para el ser humano es posible no únicamente ejecutar actos compasivos, empáticos, amorosos de manera aislada, estos pueden ser consolidados en virtudes, es decir, convertir el acto aislado en hábito. Es capaz no solamente de producir actos buenos, sino ser bueno, o lo que es lo mismo “encarnar la virtud”. Alguien podría decirme: ¡Y de lo contrario también!

Concedido, de eso se trata la libertad humana.

Precisando

Para ingresar a nuestro campo concreto, vamos a valernos de lo enunciado hasta ahora. Cumplido en recordar el carácter esquemático del presente texto, mi deseo es que el esbozo sirva como orientación para que el lector formule el suyo propio y complete lo que de manera sumaria aportamos aquí.

1) El paciente no es una cosa y el médico tampoco. Esta sencilla y obvia proposición nos permite recordar que ambos tienen el carácter de individuos, es decir, no son objetos, en todo lugar y circunstancia. Son personas. Que quienes actúan en la interacción médica son sistemas humanos altamente complejos y que ambos constituyen un supra sistema de complejidad equivalente. En ningún caso puede decirse que ‘el médico no es más que...’, ‘el paciente no es más que...’ o ‘la relación Médico – Paciente no es más que...’ Afirmamos que en ningún caso es válido efectuar lo que anteriormente hemos llamado “reducción”.

Primera premisa: Humanizar la medicina es considerar, tanto al médico como al paciente, individuos complejos, personas, no reducibles a afirmaciones de menor envergadura o impracticable simplicidad.

2) Ambos, médico y paciente, son individuos autónomos. Lo que equivale a decir que actúan libre y responsablemente. Son capaces de imponerse sus propias normas, autorregularse y participar de sociedades en las que no se comportan como autómatas, ni se hallan determinados. En ética médica se destaca el principio de autonomía inspirado en proposiciones kantianas respecto de la autodeterminación del ser humano. De allí deviene que toda acción humana colectiva, la relación médico paciente



(salvo casos sumamente excepcionales) lo es, implica diálogo, argumentación, acuerdo, consenso y corresponsabilidades. Instrumentos como el Consentimiento Informado, provienen de este principio. Vemos que cada vez con mayor frecuencia el médico propone alternativas terapéuticas que el paciente, convenientemente informado, puede acceder o no a practicar. De allí surge el concepto de corresponsabilidad.

Segunda premisa: Humanizar la medicina significa considerar al médico y el paciente como personas libres y responsables, dotadas de autonomía.

3) El ser humano es capaz de proceder virtuosamente. Lo dijimos, puede, no solamente realizar actos buenos con el prójimo inmediato o con la comunidad, sino de encarnar esos actos de manera habitual, lo que conforma un actuar virtuoso, una vida de virtud.

En el médico esto se expresa fundamentalmente de dos modos:

- La Phronesis que es la sabiduría práctica. Constituye esa capacidad que va adquiriendo con la experiencia y le permite orquestar sus conocimientos científicos (su saber hacer), con la realidad social en un sentido amplio. Con los diferentes constituyentes del mundo de la salud (Sistema de salud, industrias vinculadas, políticas sanitarias, disponibilidad de recursos) y fundamentalmente con el paciente como persona compleja, dotada de racionalidad, emocionalidad y pertenencia grupal.

- El respeto a ultranza del paciente. Significa salvaguardar sus tiempos, adaptarse a sus modos dialogales, resguardar sus rasgos culturales y creencias, proceder con veracidad y confidencialidad, y contemplar las particularidades propias de cada uno. El respeto es la puerta de entrada a la empatía y a la compasión.

CONCLUYENDO

Dice Diego Gracia, y se encuentra consignado en el artículo que inspiró esta nota: “Pueden enseñarse los conocimientos y pueden aprenderse las habilidades, pero los rasgos de carácter son muy difíciles de cambiar” (GRACIA, 2004).

El médico se constituye en un “médico humanizado” (si es que podemos denominarlo así) mediante la experiencia y la práctica del contacto con el paciente. La humanización de la medicina siempre es un proceso que nunca puede considerarse concluido, el médico nunca alcanza la plenitud de la virtud, se acerca, alcanza a divisarla, casi puede tocarla...

Concretamente, quien desea comprometerse con la humanización de la medicina necesita considerar positivamente y comprometerse con, al menos (dejamos las puertas abiertas a nuevas y mejores consideraciones) los siguientes puntos:

1. Los seres humanos somos individuos originales y singulares.
2. Los seres humanos somos personas autónomas.
3. Seres culturales abiertos al diálogo, al acuerdo y al consenso.
4. Capaces de realizar actos buenos y transformarlos en virtudes.
5. Seres capaces de respetarnos entre nosotros. Empáticos y compasivos. Capaces de amar y entregarlo todo por el otro.

Aclaraciones finales

Reconozco que el presente texto podría estar más referenciado y que el tema podría ser tratado con mayor profundidad. Sin embargo, ese no ha sido mi propósito al escribirlo. No pretendo ser una voz concluyente al resbaladizo tema de la humanización de la medicina, por el contrario, como lo he dicho, se trata de una reflexión espontánea a propósito de un disparador que cito. El artículo sólo aspira a ser una reflexión personal acerca del tema, y a proponer algunas, solo algunas estrategias



En qué consiste “Humanizar la medicina”, ¿es eso posible?

provenientes de la experiencia propia en la práctica y en la educación médicas.

Se me advierte que algunas de mis afirmaciones pueden resultar confusas en el contexto brasileño. Le ruego al lector que considere que mis reflexiones están hechas necesariamente en mi propio medio. Naturalmente habrá puntos comunes y realidades muy diferentes. Le solicito al lector que sepa descartar lo que no aplique a sus circunstancias particulares, y logre rescatar lo que le pueda resultar de utilidad para su propia reflexión, y logre extraer de lo bueno, lo mejor.

Recuerdo, además, que no es un trabajo de investigación, es una reflexión sobre la base de experiencias propias, tiene las características de un pequeño ensayo. Por lo tanto el formato clásico de problema, marco teórico, hipótesis, objetivos explícitos, material y método, resultados y conclusión, no ha sido tenido en cuenta.

REFERÊNCIAS

GRACIA, D. *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastella, 2003.

GRACIA, D. *Por una asistencia médica más humana*. Madrid: Triacastella, 2004.

GUTIERREZ RECACHA, P. La humanización de la medicina. *Educación Médica*, Barcelona, v. 9, p. S.51-S54, dic. 2006. Supl. 1. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9s1/13.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 12 de Setembro de 2022.

Aceito em 14 de Outubro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

RICCI, Ricardo Teodoro. En qué consiste “Humanizar la medicina”, ¿es eso posible?. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 141-145, 2022.





Ser preceptor no SUS: valorização para qualificação do ensino em serviço

Being a preceptor in the SUS: Valorization for qualification of in-service Teaching

Ser preceptor en el SUS: valorización para la calificación de la docencia en servicio

Arturo de Pádua Walfrido Jordán ¹

RESUMO

Conforme descrito na Constituição Federal de 1988 compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Porém o profissional que está inserido no SUS apesar de trazer uma expertise na sua área de atuação, poucas vezes possui formação em ensino para atuação como preceptor, além de não receber o reconhecimento de sua importância para o sistema de saúde. Neste contexto é necessário investimento em formação deste profissional não apenas em sua área de atuação, porém também em formação pedagógica, além de valorizar e remunerar adequadamente este profissional afim que este sinta-se como peça importante no processo. Tudo isso deve ser pautado de forma oficial e institucional entre os profissionais de saúde, gestores, instituições de ensino e controle social de sorte que seja efetivada uma política de valorização da preceptoria bem fundamentada e de caráter permanente.

Palavras-chave: preceptoria; educação continuada; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

As described in the Federal Constitution of 1988, it is up to the SUS to order the training of human resources in the health area. However, the professional who is inserted into the SUS despite having expertise in his area of activity rarely has training in teaching to function as a preceptor, in addition to not receiving recognition of its importance to the health system. In this context, it is necessary to invest in the training of this professional not only in his area of activity, but also in pedagogical training, besides valuing and adequately remunerating this professional for him to feel like an important part in the process. All this should be officially and institutionally based among health professionals, managers, educational institutions, and social control of luck so that a policy of valuing the preceptor of well-founded and permanent character is conducted.

Keywords: preceptorship; education, continuing; Unified Health System.

RESUMEN

Como se describe en la Constitución Federal de 1988, corresponde al SUS ordenar la formación de recursos humanos en el área de la salud. Sin embargo, el profesional que se inserta en el SUS, a pesar de aportar experiencia en su área profesional, rara vez tiene formación en docencia para actuar como preceptor, además, no recibe reconocimiento de su importancia para el sistema de salud. En este contexto, es necesario invertir en la formación de estos profesionales no solo en su área de especialización, sino también en la formación pedagógica, además de valorar y remunerar adecuadamente a estos profesionales para que se sientan parte importante del proceso. Todo ello debe ser guiado de manera oficial e institucional entre los profesionales de la salud, directivos, instituciones educativas y de control social para que se implemente una política fundamentada y permanente de valoración de la preceptoría.

Palabras clave: preceptoría; educación continua; Sistema Único de Salud.

¹ Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela FPS. Coordenador dos programas de residência em saúde do Recife-PE
<https://orcid.org/0000-0002-2955-8302>
<http://lattes.cnpq.br/9130173237479048>
arturojor@fps.edu.br

INTRODUÇÃO

Ao adentrar no Sistema Único de Saúde (SUS) o profissional de saúde passa a exercer não apenas a função de profissional assistente, mas também de preceptor. Isso está descrito na própria Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, onde determina que ao SUS compete, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL [Constituição], 1988).

Neste ponto ao avaliar os profissionais atuantes no SUS encontram-se muitos *experts* em suas áreas de atuação, isto é, profissionais com altos níveis de conhecimento procedural (associados a prática) e conhecimento declarativo (associados a teoria), porém são poucos os que possuem real competência em ensino (DUNPHY; WILLIAMSON, 2004).

Essa competência em ensino torna-se cada vez mais importante, visto que, de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a formação dos estudantes deve ser realizada de forma que o estudante ao final do curso torne-se um profissional generalista, crítico e reflexivo e ainda capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL. Câmara de Educação Superior, 2014; BRASIL. Ministério da Educação; CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Além disso, o fato de o preceptor atuar no momento de seu trabalho de assistência, por vezes árduo devido a quantidade de atribuições, pacientes e demandas, fica difícil ou mesmo inviável o ensino em serviço. Isso acaba por desgastar o preceptor levando a uma atitude pouco amistosa e em alguns casos pouco compromissada (RAMANI; LEINSTER, 2008).

A preceptoria, portanto, deve ser encarada como uma atividade fundamental para a formação do futuro profissional do SUS, afinal é o elo de formação entre o estudante e o profissional. Desta forma, tanto os atributos, como as necessidades para ser um bom preceptor devem ser motivo de discussão e reflexão no sentido de atender uma formação de qualidade para a saúde (SILVA; ROCHA, 2008).

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O presente artigo foi desenvolvido por meio de consulta a estudos brasileiros publicados entre os anos de 2004 e 2016 sobre a preceptoria em saúde. Foram utilizados os descritores “formação”, “preceptoria” e “ensino em serviço” utilizando a base virtual de dados da LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Foram incluídos estudos que versavam sobre a formação no SUS e para o SUS relacionados a preceptoria. Foram excluídos textos que abordavam formações específicas não relacionadas ao ensino em serviço.

Para a análise, os estudos foram agrupados em temas: “Conceitos e atribuições do preceptor”, “Formação do ser preceptor”, “Apoio a preceptoria na saúde” e “O preceptor e a formação para o SUS”. Os resultados são apresentados com base nestas categorias.



CONCEITOS E ATRIBUIÇÕES DO PRECEPTOR

O preceptor atua no papel de docente-clínico, levando as suas experiências da área clínica para o conhecimento prático da vivência diária dos aprendizes de forma ética, objetivando sempre a qualidade plena da execução dos seus serviços. Segundo Botti (2009), a principal função do preceptor é ensinar a clinicar por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas, portanto o preceptor deve estimular nos estudantes o desenvolvimento de estratégias para a solução de problemas cotidianos relacionados à saúde. Além disso, o preceptor tem a função de mediador nos vários níveis de conhecimento e na obtenção do estabelecimento de relações pedagógicas para a aprendizagem prática do aluno (BOTTI, 2009; MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

O preceptor deve trabalhar com pequenos grupos de estudantes (de graduação e/ou residência), estimulando o raciocínio lógico, orientando e avaliando as suas performances, desta forma deve focar no exercício da prática clínica e na aquisição de habilidades específicas; integrando conceitos e valores da instituição de ensino e do trabalho ao ensinar, aconselhar, inspirar no desenvolvimento dos futuros profissionais; servindo-lhes como exemplo e referencial para a futura vida profissional e formação ética (CARVALHO *et al.*, 2013; RYAN-NICHOLLS, 2004).

Com a finalidade de viabilizar essas competências, o Ministério da Saúde através da Portaria n. 1.111/GM, de 5 de julho de 2005, preconiza que o profissional tenha no mínimo três anos de experiência em área de aperfeiçoamento e/ou titulação acadêmica de especialização ou de residência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

FORMAÇÃO DO “SER” PRECEPTOR

Sabe-se que um dos maiores desafios na busca de uma preceptoría de qualidade no SUS continua sendo a identificação de um profissional qualificado na sua área de expertise e com formação para o ensino em serviço no SUS. A literatura mostra que até são encontrados estes experts em suas áreas de atuação, porém sem treinamento para lecionar (DUNPHY; WILLIAMSON, 2004).

Missaka e Ribeiro (2011) trazem que a qualificação para os preceptores é necessária e urgente para melhorar a qualidade no atendimento, o aprendizado dos alunos e viabilizar o ensino na saúde. Rocha e Brant (2012), em estudo realizado sobre a formação pedagógica de preceptores do internato médico, identificaram que as qualidades requeridas para o exercício da preceptoría são o compromisso com aprendizagem do aluno (86,7%), o reconhecimento do papel do preceptor como um formador (66,7%) e a capacidade de incentivar o aluno para sua aprendizagem (66,7%) (MISSAKA; RIBEIRO, 2011; ROCHA; RIBEIRO, 2012).

Neste sentido, estes profissionais precisam se manter em constante formação, para que possam tanto promover adequados ambientes de ensino e aprendizagem quanto garantir a manutenção de sua autonomia, desta forma mantendo seu autogoverno de acordo com suas convicções e práticas. Para isso devem receber a capacitação didático-pedagógica, estimulando o compromisso, a conscientização, a



sensibilidade, o vínculo e a permanência nesta atividade (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

Cita-se ainda a insuficiência de apoio logístico para cursos e congressos, falta de capacitação em avaliação dos estudantes, que atualmente ocorre de forma intuitiva e empírica, falta de preparo psicológico e ainda a falta do reconhecimento oficial pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para o preceptor (CARVALHO *et al.*, 2013).

APOIO A PRECEPTORIA NA SAÚDE

No Brasil, o preceptor atuante no Sistema Único de Saúde, deveria receber incentivo à manutenção de sua atuação, conforme estabelece a Portaria Interministerial 1.618 de 30 de setembro de 2015, que institui o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, porém na prática os preceptores carecem de capacitação, reconhecimento e remuneração adequadas à função (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; NUNES; MARTINS; MACHADO, 2011).

Além disso, no âmbito da gestão do SUS há uma carência de Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCDV) seja em número, como em qualidade. Um plano bem estruturado levaria o profissional a galgar patamares de reconhecimento tanto do seu currículo e esforços em melhoria de qualidade profissional e pessoal, como também melhoria financeira a partir dos aumentos salariais previstos (CARVALHO *et al.*, 2013; NUNES; MARTINS; MACHADO, 2011).

Outro incentivo importante seria a possibilidade de trabalho em carga horária diferenciada. Isso pois, na maioria das vezes, o preceptor precisa usar de carga horária extra e sem remuneração para exercer suas atividades de preceptoria de forma plena, como exemplo do uso de ambientes virtuais de aprendizagem, preparo de casos para discussão dentre outros (CARVALHO *et al.*, 2013).

Desta forma é necessário buscar, além das parcerias institucionais hierarquizadas do SUS, envolvendo a rede de atenção de baixa, média e alta complexidade, convênios e parcerias locais, sempre de forma oficial. Um dos meios de conseguir este objetivo é através do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), que tem como objetivo qualificar a integração ensino-serviço e a educação permanente nos territórios, envolvendo pactuação entre instituições de ensino e gestores do SUS municipais, estaduais e federais (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2015).

A partir do COAPES é possível pactuar contrapartidas das instituições de ensino que usam o SUS como campo de prática, como: processos formativos dos profissionais, planejamento integrado de projetos pedagógicos, valorização do estudante e preceptores, além de contrapartidas para manutenção de estrutura física de unidades de saúde e aquisição de insumos (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2015).



O PRECEPTOR E A FORMAÇÃO PARA O SUS

Sabe-se que para uma boa formação é preciso construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (Desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente), afinal a realidade que ensina é, ao mesmo tempo, objeto do aprendizado, gerando reflexão, crítica, e autocrítica, constituindo-se no substrato fundamental a formação pessoal e profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; WERNECK *et al.*, 2010).

Desta forma para exercer sua função com qualidade, o preceptor deve conhecer os processos de ensino aprendizagem, basear suas condutas profissionais na saúde baseada em evidências como também pautadas em ética e compromisso. Deve ter a capacidade de se autoavaliar constantemente como também avaliar os estudantes, ser capacitado em estratégias de feedback com avaliação formativa e somativa, além de desempenhar a função de modelo de profissional de saúde, que equilibra vida profissional e pessoal.

A falta desta formação e valorização ainda é agravada pela maneira como muitas vezes o processo de ensino aprendizagem chega ao preceptor. O estudante chega ao serviço sem aviso prévio da instituição e ainda sem objetivos claros do estágio pretendido fazendo o preceptor ensinar no escuro. Isso tudo gera ainda mais desmotivação e insatisfação em um profissional já sobrecarregado e estressado (NUNES; MARTINS; MACHADO, 2011; SANT'ANA; PEREIRA, 2016).

No entanto apesar desta discussão da importância do papel deste profissional, todos os esforços prévios de valorização da função funcionaram com pouca sustentabilidade, pois sempre dependeram mais de uma adesão ideológica de docentes e estudantes e da voluntariedade dos professores do que do apoio institucional (MORITA; KRIGER, 2004).

Desta forma fica claro a necessidade da implantação de uma política de valorização da preceptoria, visto que a falta de uma legislação neste sentido, dificulta a construção de uma política de preceptoria com ferramentas que de fato valorizem a atuação deste profissional (SANT'ANA; PEREIRA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser preceptor é diferente de estar preceptor. Estar preceptor seria aquele profissional pouco qualificado que exerce a função de forma mandatória e muitas vezes sem interesse neste processo. Já o ser preceptor seria aquele que valoriza a posição e luta todos os dias para que o processo funcione.

Na prática diária, em suas ações assistenciais no SUS, muitos dos profissionais com atribuição de ensino em serviço não se sentem à vontade com mais esta função. Alguns de fato não querem, por motivos pessoais, estar neste lugar, outros sentem-se desmotivados por falta de estrutura de trabalho ou incentivos financeiros, muitos sentem-se despreparados para exercer com qualidade esta função



Ser preceptor no SUS: valorização para qualificação do ensino em serviço.

por não terem capacitação em ensino.

É preciso mudar esta realidade de forma que afete o processo de trabalho na prática assistencial e de ensino no SUS. É sabido que investir em ensino em serviço ou preceptoria de fato melhora não só a formação na área da saúde como também a assistência de uma forma geral.

É necessário investir em uma política de valorização do papel do preceptor para tocar não somente no bolso, mas principalmente na alma destes profissionais que na sua maioria acordam todo dia com motivação para fazer o melhor, porém ao se deparar com tantos obstáculos, muitas vezes difíceis de transpor, acabam por diminuir o brilho que os caracteriza.

Neste sentido propõem-se com este ensaio levar a conhecimento de gestores, instituições de ensino, profissionais de saúde e comunidade a importância do papel do preceptor para o fortalecimento do SUS a partir da excelência no ensino em serviço e com isso fortalecer a valorização e investimento neste profissional seja diretamente em formação, remuneração, como também na oferta de melhores condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2582/1/ENSP_Tese_Botti_Sergio_Henrique.pdf. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. I. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 117, p. 8-11, 23 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.111, de 05 de julho de 2005*. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a educação pelo trabalho. *Diário Oficial da União*: seção 1, 6 jul. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html. Acesso em: 5 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 188, p. 30, 1 out. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>



Ser preceptor no SUS: valorização para qualificação do ensino em serviço.

gm/2015/prt1618_30_09_2015.html. Acesso em: 5 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Manual instrutivo gestores municipais: manual de apoio aos gestores para a implementação do COAPES*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.ufjf.br/icvgyv/files/2017/06/3.-Manual-de-Apoio-aos-Gestores-do-SUS-para-implementação-do-COAPES.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação; CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Parecer CNE-CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Trata sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*: seção 1, 3 out. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

CARVALHO, Ana Celia Costa *et al.* Estratégias de valorização e capacitação pedagógica do preceptor da residência médica. *Cadernos da ABEM*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 87-94, out. 2013. Disponível em: http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol09.pdf. Acesso em: 11 jun. 2017.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. 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. DOI: 10.1590/S0103-73312004000100004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SILVA, P. R. M.; ROCHA, Maria Silveira. O ato médico e a subjetividade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 69-81, 2008. DOI: 10.1590/S1415-47142008000100007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 set. 2018.

DUNPHY, Bruce C.; WILLIAMSON, Stacey L. In pursuit of expertise. Toward an educational model for expertise development. *Advances in Health Sciences Education*, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 107-127, 2004. DOI: 10.1023/B:AHSE.0000027436.17220.9c.

MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007 a 2009. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. DOI: 10.1590/S0100-55022011000300002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3>. Acesso em: 18 nov. 2017.

MORITA, Maria Celeste; KRIGER, Léo. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004. Disponível em: [http://www.abeno.org.br/aadm/adm/imgs/mudan%E7as nos cursos de odontologia e a intera%E7%E3o com o sus.doc.pdf](http://www.abeno.org.br/aadm/adm/imgs/mudan%E7as%20nos%20cursos%20de%20odontologia%20e%20a%20inter%E7%E3o%20com%20o%20sus.doc.pdf). Acesso em: 18 nov. 2017.

NUNES, Maria do Patrocínio Tenório; MARTINS, Antonio Carlos Sansevero; MACHADO, Veruska Ribeiro. Avaliação do sistema RM: instituição, programa, residente, corpo docente. *Cadernos da*



Ser preceptor no SUS: valorização para qualificação do ensino em serviço.

ABEM, Rio de Janeiro. v. 7, p. 41-56, 2011. Disponível em: http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol07.pdf. Acesso em: 21 out. 2017.

RAMANI, Subha; LEINSTER, Sam. AMEE Guide no. 34: teaching in the clinical environment. *Medical Teacher*, London, v. 30, n. 4, p. 347-364, 2008. DOI: 10.1080/01421590802061613. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18569655>. Acesso em: 1 maio. 2017.

ROCHA, Hulda Cristina; BRANT RIBEIRO, Victoria. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 343-350, 2012. DOI: 10.1590/S0100-55022012000500008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 11 jul. 2017.

RYAN-NICHOLLS, Kimberley D. Preceptor recruitment and retention. *The Canadian nurse*, Montreal, v. 100, n. 6, p. 18-22, jun. 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15301090>. Acesso em: 21 out. 2017.

SANT'ANA, Elisete Regina Rubin de Bortoli; PEREIRA, Edna Regina Silva. Preceptoría médica em serviço de emergência e urgência hospitalar na perspectiva de médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 204-215, abr./jun. 2016. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n2e00542014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0204.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim *et al.* Not everything is supervised training: Contributions for the debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 221-231, 2010. DOI: 10.1590/s1413-81232010000100027. Disponível em: 21 out. 2017.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 06 de Fevereiro de 2022.

Aceito em 14 de Outubro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

JORDÁN, Arturo de Pádua Walfrido. Ser preceptor no SUS: valorização para qualificação do ensino em serviço. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 146-153, 2022.





Educação em saúde no contexto da pandemia da COVID-19: um relato de experiência

Health education in the context of the COVID-19 pandemic: an experience report

Educación en salud en el contexto de la pandemia de COVID-19: un relato de experiencia

Lazaro Ranieri de Macêdo ¹

Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra ²

Talita Leite Beserra ³

Silvania Miranda da Silva ⁴

RESUMO

A Educação em Saúde (ES) apresenta-se como meio de aprendizagem muito eficaz para prevenção e promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No transcurso da pandemia provocada pela COVID 19, novas estratégias tiveram que ser desenvolvidas. Este trabalho apresenta um relato de experiência em ES, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Crato/CE. Tem como objetivo principal: relatar experiências em Educação em Saúde (ES), em tempos da pandemia da COVID 19, na Unidade Básica de Saúde Verônica Maria Couto Pinheiro, no Distrito Belmonte. As ações de ES foram desenvolvidas por meio de rodas de conversas, na sala de espera, com pequeno número de pacientes agendados e que estavam no nível de prioridade de atendimento; utilização de cartões informativos e educativos em mídias e redes sociais como Facebook®, Instagram® e Whatsapp®; realização de campanhas educativas com temáticas pertinentes; projeto de atividade física para os profissionais de saúde e formação continuada com cursos para a equipe de trabalho. Portanto, a ES possibilita na UBS ações e atividades que proporcionam informação, conhecimento e educação, que promovem saúde para comunidade.

Palavras-chave: educação; saúde coletiva; COVID 19.

ABSTRACT

Health education (HE) is a very effective means of learning for prevention and health promotion in Basic Health Units (BHU). New strategies were necessary for the course of the COVID-19 pandemic. This work presents an experience report on HE, developed in a Basic Health Unit in the municipality of Crato/CE. The primary objective was to report experiences in HE during the Covid-19 pandemic, at the Verônica Maria Couto Pinheiro Basic Health Unit, in the Belmonte District. The HE actions were developed through conversation rounds in the waiting room, with a small number of patients scheduled and who were at the priority level of care; use of informative and educational cards in social media and networks, such as Facebook®, Instagram®, and Whatsapp®; performing educational campaigns with pertinent themes, and physical activity for health professionals and continuing education projects with courses for the work team. Therefore, HE enables actions and activities in the BHU that provide information, knowledge, and education, promoting health for the community.

Keywords: education; public health; COVID-19.

RESUMEN

La Educación en Salud (ES) se presenta como un medio de aprendizaje muy efectivo para

¹ Mestre em Desenvolvimento Regional Sustentável pela Universidade Federal do Cariri – UFCA. Profissional de Educação Física Residente em Saúde Coletiva pela Universidade Regional do Cariri - URCA.
<https://orcid.org/0000-0002-0122-2508>
<http://lattes.cnpq.br/2542141444473083>
lazaroraniere@gmail.com

² Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF. Professora da Universidade Regional do Cariri – URCA.
<https://orcid.org/0000-0002-1192-057X>
<http://lattes.cnpq.br/2359399936922133>
lismaria.bezerra@urca.br

³ Especialista em Nutrição Esportiva e Desempenho Físico pela Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Nutricionista na Prefeitura de Juazeiro do Norte - CE.
<http://orcid.org/0000-0003-4022-0609>
<http://lattes.cnpq.br/0190569712221971>
talitalbeserra@hotmail.com

⁴ Especialista em Saúde da Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante – FAVENI. Enfermeira Residente em Saúde Coletiva pela Universidade Regional do Cariri - URCA.
<https://orcid.org/0000-0002-3368-8820>
<http://lattes.cnpq.br/8825903366686239>
silvaniamiranda9@gmail.com

la prevención y promoción de la salud en las Unidades Básicas de Salud (UBS). Durante el transcurso de la pandemia provocada por la COVID-19, fue necesario desarrollar nuevas estrategias. Este trabajo presenta un relato de experiencia en ES, desarrollado en una Unidad Básica de Salud en la ciudad de Crato/CE. Su principal objetivo es: Relatar experiencias en Educación en Salud (ES), en tiempos de la pandemia de COVID 19, en la Unidad Básica de Salud Verônica Maria Couto Pinheiro, ubicada en el Distrito de Belmonte. Las acciones de ES se desarrollaron a través de ruedas de conversación, en la sala de espera, con un número reducido de pacientes programados y que se encontraban en el nivel de atención prioritario; utilización de tarjetas informativas y educativas en medios y redes sociales como Facebook®, Instagram® y Whatsapp®; realización de campañas educativas con temas relevantes; proyecto de actividad física para los profesionales de la salud y educación continua con cursos para el equipo de trabajo. De esta manera, la ES posibilita acciones y actividades en la UBS que ofrecen información, conocimiento y educación, promoviendo la salud de la comunidad.

Palabras-clave: educación; salud colectiva; COVID 19.

INTRODUÇÃO

Nessa conjuntura pandêmica, a Educação em Saúde (ES) apresenta-se como meio de aprendizagem muito eficaz para prevenção e promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir dos novos conhecimentos e trocas de experiências da população e os trabalhadores da Saúde, sendo utilizado, nesse momento, novas estratégias de comunicação devido às limitações impostas pela pandemia. Assim, a ES se concretiza como o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação de temáticas pela população (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

A pandemia provocada pelo Novo Coronavírus SARS-CoV-2 provocou, drasticamente, uma crise sanitária. Os atendimentos nas UBS foram todos reorganizados em um novo fluxograma para atender a essa demanda inesperada, que atingiu, com muito impacto, as atividades de grupos, campanhas e mobilizações nas comunidades, realizadas, prioritariamente, pelas ações de ES.

Nesse contexto, os profissionais das Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva estão sendo essenciais no enfrentamento ao Novo Coronavírus, pois dentre suas inúmeras funções uma é desenvolver aprendizagem no ensino em serviço, possibilitando ao residente aplicar suas competências, habilidades e conhecimentos, com a mediação de um (a) preceptor (a), isso permitindo a execução de ações em ES que contribuem significativamente para o trabalho de controle da pandemia em curso (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Assim, o trabalho de residentes nas UBS é de grande importância, já que esse campus é caracterizado por ser um espaço de atuação de equipes multiprofissionais que permite o desenvolvimento de práticas integrais que facilitam a atuação em ES no contexto em que as unidades estão inseridas, colaborando para prestação de um serviço de saúde de qualidade para a população. Diante dessa contextualização, o presente trabalho tem como objetivo geral relatar experiências em ES, em tempos da pandemia da COVID 19, na Unidade Básica de Saúde Verônica Maria Couto Pinheiro (Município de Crato/CE) e, de maneira específica descrever ações e estratégias na ES utilizadas diante da pandemia; apresentar os materiais elaborados e produzidos; refletir sobre a atuação dos profissionais residentes, no cenário pandêmico e socializar as dificuldades, desafios e superações ao desenvolver as



atividades de ES no contexto das restrições do distanciamento e isolamento social.

Desse modo, este trabalho foi desenvolvido no meio multiprofissional da UBS, relatado na perspectiva de atuação como profissional de uma Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva a frente das atividades de ES em tempos da pandemia da COVID 19, apresentando a importância da Educação, como veículo de informação e conscientização em um período de grandes desafios para o acesso e promoção da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa. Para Minayo (2002, p. 21), “a pesquisa qualitativa trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”.

Lócus do trabalho

O trabalho foi realizado na Unidade Básica de Saúde - UBS Verônica Maria Couto Pinheiro, no Distrito Belmonte, no Município de Crato/CE. Na unidade, funcionam duas Estratégias de Saúde da Família, que são: ESF Belmonte I e ESF Belmonte II. O Distrito é caracterizado por uma população com baixo poder econômico e com grande vulnerabilidade social, em algumas micro áreas, e outras com classe média alta, que concentram grandes equipamentos de lazer e de entretenimento. Possui grandes problemas de saneamento básico e de água tratada. Está localizado no sopé da Chapada do Araripe, o que permite um agradável clima e uma alta especulação imobiliária local.

Participantes

Participaram das atividades profissionais do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva – PRMSC da Universidade Regional do Cariri - URCA, que é composta por seis categorias profissionais: Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição. No entanto, além da participação do interlocutor desse relato como profissional de Educação Física, foram protagonistas dos trabalhos, a Enfermeira e a Nutricionista que estavam atuando no lócus do estudo.

O PRMSC, criado em 2017, busca capacitar profissionais da área da saúde, do ponto de vista ético, político, técnico e científico, para atuarem no campo da Saúde Coletiva/Saúde Pública, assegurando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no atendimento das reais necessidades de saúde da população, e desenvolve suas ações através e em parceria com a rede municipal de saúde do município de Crato e rede de saúde do estado do Ceará, Universidade Regional do Cariri (2020).

Ainda fizeram parte das ações realizadas, a equipe de profissionais da UBS compostas por: Enfermeiros, Odontólogos, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Agentes comunitários de Saúde - ACS, Auxiliar de Farmácia, Técnico Administrativo, Auxiliar de serviços



gerais, Guarda Municipal, além de estudantes da área da saúde que estavam atuando na unidade e população atendida pela UBS.

Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados dentro de um recorte temporal compreendido do mês de março de 2020 a janeiro de 2021, através de diários de campo e pesquisa nas redes sociais da Residência e UBS que estão no contexto do estudo. Os resultados são descritos e apresentados com a utilização de ilustrações através de figuras, e discutidos dentro dos referenciais da educação em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As inquietações deste estudo foram refletidas dentro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, no ambiente da UBS, porta de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em um momento atípico da saúde a nível global.

Ponderando os aspectos principais, resultantes das vivências nos tempos de pandemia, e dialogando com as referências teóricas pertinentes, percebe-se, enquanto residente, que a ES contribui para correlação e fortalecimento de vínculo entre a equipe de trabalho da UBS e a população do território, proporcionando informação, prevenção, promoção de saúde, principalmente no processo ensino em serviços no caso das residências. Assim, as experiências em ES aqui relatadas também expressam os desafios e superações diante do cenário pandêmico enfrentado pelos residentes no transcurso de sua atuação na UBS.

Trabalhos de ES em tempos da pandemia

Em meados de março de 2020, a organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a Pandemia do novo coronavírus, essa classificação não se deteve à gravidade, mas à disseminação geográfica bastante rápida que a doença se apresentou. “A OMS tem tratado da disseminação [do COVID-19] em uma escala de tempo muito curta, e estamos muito preocupados com os níveis alarmantes de contaminação e, também, de falta de ação [dos governos]”, afirmou Tedros Adhanom, Diretor Geral da (OMS), em 11 de março de 2020.

Como estratégia de controle, deu-se início o Isolamento Social Rígido em várias partes do mundo. No estado do Ceará, o Governador decretou o primeiro *lockdown* para todo o estado em 13 de março de 2021, dois dias após a OMS decretar a pandemia. Isso se deu pelo fato de mais de 130 municípios cearenses, naquele momento, estarem em alerta alto ou altíssimo do risco de contaminação pela COVID -19.

Com esse cenário, nas Unidades Básicas de Saúde, foi momento de traçar estratégias de atuação em meio à paralisação dos serviços de promoção e atenção à saúde, e de reorganização do fluxograma de atendimento. Um encontro de planejamento foi realizado com a participação da equipe da UBS,



visando levantar sugestões e alternativas para os serviços, assim como, para atuação em Educação em Saúde de maneira multiprofissional e que fossem absorvidas pelos usuários e comunidade do território das Estratégias de Saúde da Família.

O isolamento social em decorrência da pandemia provocou o distanciamento entre as pessoas, e o convívio social presencial foi afetado diretamente, levando as atividades virtuais a serem altamente utilizadas nesse período, se tornando uma estratégia de promoção de ES no território em estudo. Assim, a utilização de *cards* e *folders* para mídias sociais; a realização de campanhas educativas; palestras e orientação na sala de espera, com a participação de usuários em momentos agendados, sem promover aglomeração; e atividades práticas de valorização à saúde mental para equipe de trabalho da UBS, foram bastante trabalhadas.

Os temas das atividades de ES foram elaborados e desenvolvidos de acordo com o planejamento mensal da UBS, com prioridade para ações de enfrentamento a COVID 19, com o uso de informações corretas para prevenção e promoção da saúde. Neste planejamento, a equipe avalia o trabalho que vem sendo desenvolvido. Os ACS fazem devolutiva das ações realizadas na sua área, e apresentam demandas da comunidade. A equipe atuante dentro da UBS compartilha as dificuldades encontradas durante o mês e avalia as medidas e estratégias utilizadas para garantir o fluxograma de acolhimento e atendimento na unidade. E a gerência apresenta demandas e comunicados da Secretaria de Saúde, monta estratégias para atingir metas de indicadores de saúde, e como melhorar e garantir um excelente atendimento à comunidade.

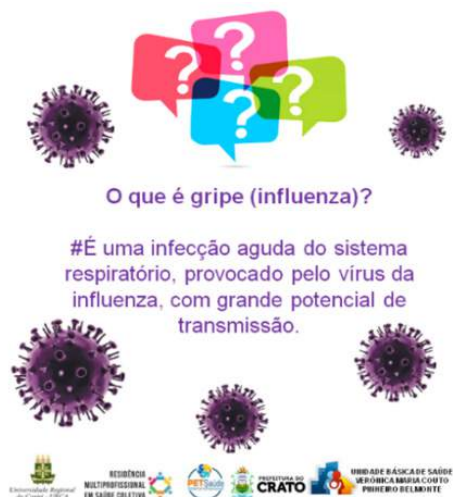
Criação de artes em *cards* para redes e mídias sociais em ES

Com as temáticas definidas, foi criado através da colaboração de residentes em saúde *cards* informativos que foram postados na página do *Facebook*® da unidade, *Instagram*® da RMSC, e repassados para todos os membros da equipe através do aplicativo *Whatsapp*®, assim como para profissionais da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, do município de Crato. Vale destacar que os ACS tiveram um papel de destaque nessa ação, pois, através de seus celulares, computadores e *tablets*, compartilharam as informações educativas com todas as famílias da sua área de atuação. Foi sugerida, ainda, a criação de um *Instagram*® da unidade, no entanto, juntamente com a equipe de residentes, foi realizada uma análise dessa experiência em outras unidades e percebeu-se que o público-alvo da comunidade, naquele momento, não estava sendo atingida pela comunicação desse aplicativo, chegando-se a conclusão que o público externo e acadêmico era o que mais interagia com as orientações compartilhadas. Diferentemente, a página do *Facebook*®, por ter sido criada há mais tempo e já ter um engajamento de pessoas da comunidade, foi a ferramenta utilizada para disseminação das informações educativas, permitindo alcançar um dos objetivos propostos dessa estratégia.

Seguem representações de *cards* elaborados e as temáticas trabalhadas, postadas e compartilhadas nas redes e mídias sociais, conforme as figuras:



Figura 1. Gripe Influenza H1N1.



Fonte: Autores, 2020

Figura 2. Gripe Influenza H1N1.



Fonte: Autores, 2020

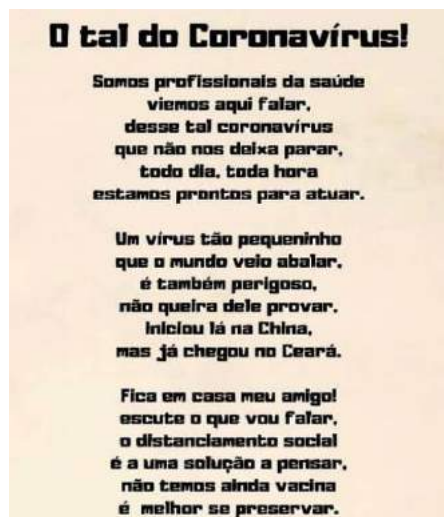
Devido ao avanço da COVID 19, a vacinação da Gripe Influenza H1N1 foi antecipada e mais valorizada em todo o país, pois naquele contexto, ela também facilitaria o diagnóstico do novo Coronavírus. Segundo os especialistas infectologistas, o sujeito que recebesse a dose, mas, mesmo assim, apresentasse sintomas como tosse contínua e falta de ar, possivelmente não era o vírus Influenza, podendo então a equipe de saúde solicitar exames adicionais para diagnóstico da COVID 19. Nesse sentido, conforme Fumagalli, Sudré e Matumoto, (2020, p. 2),

A Influenza por ser evitável pela vacinação que representa fator que pode impactar na pandemia de COVID-19, pois auxilia em um diagnóstico diferencial e diminui a procura por atendimento nas unidades de saúde e consequente superlotação, deixando os serviços disponíveis para atender a condição pandêmica.

Dentro desse contexto, no Município do Crato foi realizada vacinação dos grupos prioritários, em domicílio, e também realizado o *Drive Thru* da vacinação em dia agendado no Parque de Exposições da Cidade.

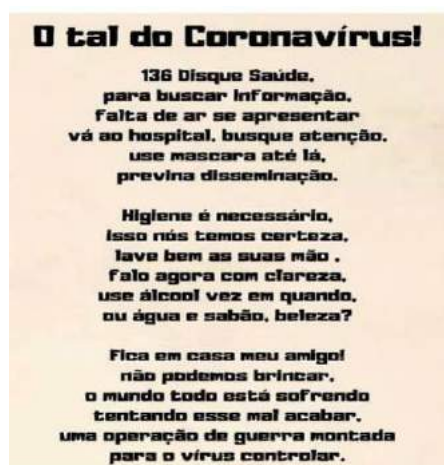


Figura 3. Cordel “O tal do Coronavírus”



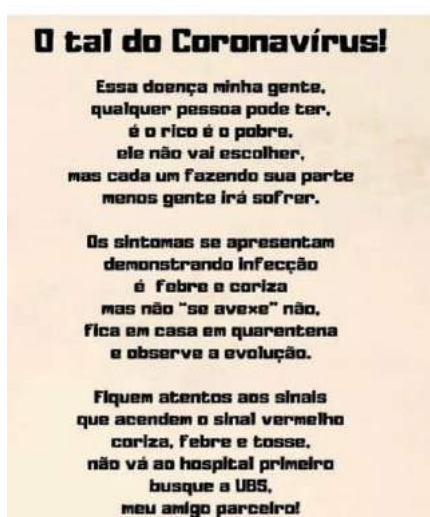
Fonte: Autores, 2020

Figura 5. Cordel “O tal do Coronavírus”



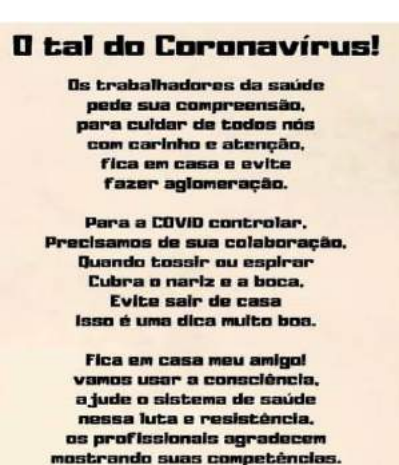
Fonte: Autores, 2020

Figura 4. Cordel “O tal do Coronavírus”



Fonte: Autores, 2020

Figura 6. Cordel “O tal do Coronavírus”



Fonte: Autores, 2020

Foi desenvolvido, através de verso e prosa no formato de cordel, esse informativo com caráter regional sobre a COVID 19. A interação com a comunidade através de uma linguagem popular foi fruto de um trabalho de profissionais do SUS residentes em saúde, com vista a melhor compreensão da população sobre a Pandemia. Assim, Santos; Lopes; Souza, (2021, p.251) reafirmam a importância dessa estratégia de educação e saúde, utilizando o cordel.

No conjunto de cultura popular brasileira, a literatura de cordel, manifestação artística aqui adotada, cumpre um importante papel transmissor de conhecimentos de áreas diversas, pois, em sua aparente simplicidade, principalmente linguística, adapta a temática desejada a fim de se chegar e se fazer entender a uma diversidade de contextos.



Ampliar o conhecimento técnico sobre a COVID 19 usando essa cultura regional proporciona a valorização local e permite a disseminação do conhecimento de maneira leve e pedagógica.

Figura 7. Violência contra a mulher



Fonte: Autores, 2020

Figura 8. Violência contra a mulher



Fonte: Autores, 2020

A violência contra a mulher é alarmante no Brasil, e com o isolamento social, estudos mostram um elevado aumento de agressões, principalmente, no convívio familiar. Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos através do disque 180, houve um aumento de aproximadamente 17% no número de ligações com denúncias de violência contra a mulher durante o mês de março, período inicial das recomendações de isolamento social rígido no país (BRASIL. Ministério da Mulher da Família e dos Direitos Humanos, 2020).

Assim, trabalhar esse tema foi uma maneira de trazer uma reflexão, denunciar essa prática e apoiar as mulheres nesse momento difícil de crise na saúde pública, e para elas agravado com a violência, principalmente doméstica.

Figura 9. “Coronavírus Fatos e Fakes”



Fonte: Autores, 2020

Figura 10. “Coronavírus Fatos e Fakes”



Fonte: Autores, 2020

As notícias falsas, lançadas diariamente sobre a Pandemia, dificultaram bastante as ações de enfrentamento. Como destaca Neto, Gomes e Porto, (2020, p. 25),



Muitas informações e notícias foram postadas nas mídias sociais, o que conduziu a diversos compartilhamentos, criando uma rede com conteúdo e pseudoinformações, conhecidas como Fake News. Em tempos de avanços tecnológicos, estas notícias falsas são veiculadas nas redes sociais, de forma rápida e multiplicada entre a população, que, em linguagem metafórica, pode-se entender como um vírus que contamina a comunicação e promove ações e comportamentos contrários às orientações das autoridades técnicas no campo da saúde.

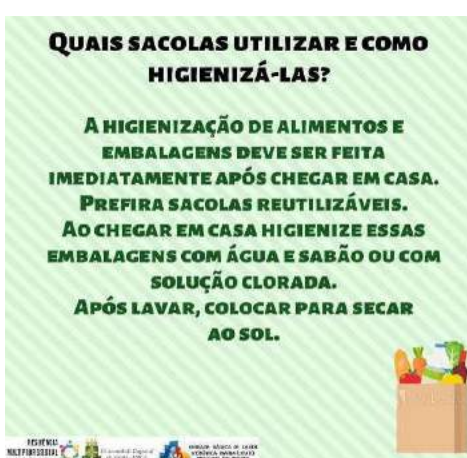
A fim de combater essa desinformação no território, esse foi um dos temas trabalhados com o objetivo de esclarecer melhor a população sobre fatos e *fake news* em meio à árdua missão dos profissionais de saúde e cientistas em conter o avanço do Coronavírus.

Figura 11. Dicas enfrentamento a COVID 19



Fonte: Autores, 2020

Figura 12. Dicas enfrentamento a COVID 19



Fonte: Autores, 2020

A higienização de embalagens e alimentos durante e após as compras no período da pandemia é essencial para combater a disseminação do vírus. As orientações simples e claras fizeram parte nos *cards* informativos compartilhados em meio social através das redes na internet. Isso foi um esforço coletivo de várias instituições pelo Brasil, na busca de esclarecer à população sobre essas medidas, como é apresentado pelo Informativo de Práticas Alimentares, durante e após a COVID -19: das compras ao preparo, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (2020, p. 4),

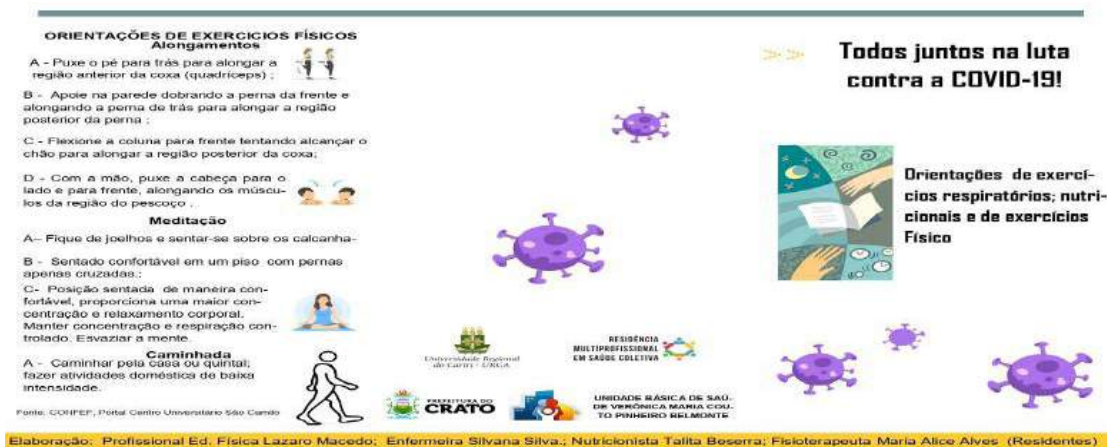
Apesar das boas práticas de higiene sanitária e alimentares já serem conhecidas, nesse momento devem ser redobradas. Cuidados mais frequentes com a higienização das mãos com água e sabão ou álcool a 70%; o ato de evitar colocar as mãos no nariz, olhos ou boca com as mãos não higienizadas, e o uso da máscara são alguns dos exemplos. Além disso, dormir bem; se exercitar; ter momentos de relaxamento e uma boa alimentação contribui de forma efetiva para a imunidade e defesas do organismo frente à infecção.

Orientações como essas, são essenciais no enfrentamento da Pandemia e visam a esclarecer à



população sobre as práticas já conhecidas, mas que para muitos passam despercebidas, e agora, nesse momento de crise sanitária estão sendo mais trabalhadas com enfoque nas ações que possibilitem sua socialização e execução.

Figura 13. “Folder de orientações de saúde”



Fonte: Autores, 2020

Figura 14. “Folder de orientações de saúde”



Fonte: Autores, 2020

A população isolada e muitos com COVID 19, permitiu também gerar uma população sedentária. Assim, foi elaborado com apoio de uma nutricionista e uma fisioterapeuta esse informativo em formato de folder sobre orientações de exercícios respiratórios, físicos e nutricionais para serem executados em casa, e com ou sem equipamentos.

Para Lasseline, Alvarez, Grigoleit, (2016), muitos são os fatores que podem influenciar na nossa imunidade, como sono, atividade física, fatores emocionais e a alimentação. Assim, exercitar



o corpo através da atividade física, ter uma boa alimentação e, agregado a isso, realizar exercícios respiratórios, contribui significativamente para a prevenção e combate à COVID 19.

Figura 15. Setembro Amarelo



Fonte: Autores, 2020

Figura 16. Setembro Amarelo



Fonte: Autores, 2020

A promoção e valorização da vida foi o enfoque dado ao trabalhar a saúde mental dentro do contexto da pandemia. Desse modo, o setembro amarelo veio reforçar a importância da escuta e do acompanhamento profissional a esse público que, muitas vezes, sofre bastante preconceito.

Figura 17. "Outubro Rosa"



Fonte: Autores, 2020

A prevenção foi o enfoque trabalhado, a partir das informações compartilhadas permitindo esse grupo prioritário a ter acesso a serviços na UBS, com um planejamento especial no mês de maior visibilidade e de conscientização da saúde da mulher, o "outubro rosa".



Figura 18. “Novembro Azul”



Fonte: Autores, 2020

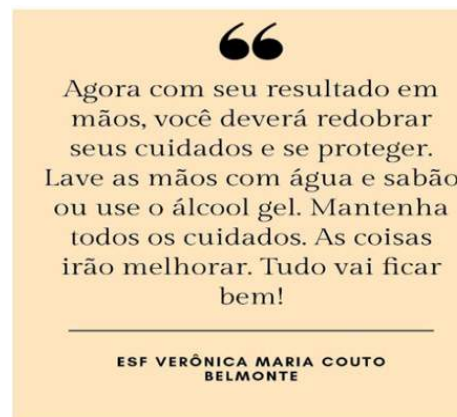
A saúde do homem, sendo enfatizada e popularizada na área de atuação da UBS no “novembro azul”, a fim de quebrar preconceito e a falta de atenção do homem nos cuidados com a saúde.

Figura 19. Mensagem de apoio teste positivo



Fonte: Autores, 2020

Figura 20. Mensagem de apoio teste negativo



Fonte: Autores, 2020

As mensagens de apoio tiveram um impacto muito positivo e foram bem aceitas pelas pessoas, pois era uma demonstração de afeto, companheirismo e fortalecimento de vínculo que a equipe de saúde presente tinha com os pacientes, além de reforçar o compromisso em ajudar e apoiar em um momento tão difícil que todos estavam passando.

Nesse contexto, tem-se a internet como meio de comunicação de educação em saúde. A medida em que a interação entre as pessoas que compartilham uma temática dessas avança, possibilita uma comunicação e busca de informação sobre o bem-estar em saúde, conforme Cruz (2011, p. 131),



Diferentes profissionais da área da saúde têm utilizado ferramentas do espaço digital como um instrumento para veicular informação acerca de doenças, prevenção, educação de estudantes, entre outros. Além disso, as pessoas tendem a servir-se desses espaços para buscar informações sobre doenças, expor seus sentimentos e suas experiências com o processo de adoecimento e compartilhar suas angústias e sofrimentos com outros que também estão vivenciando algo parecido. Assim, as ferramentas da web podem ser grandes aliadas nas atividades pedagógicas, tanto na exposição de informações quanto proporcionando espaços colaborativos e interativos entre as pessoas.

Esse movimento de educação em saúde inserido na *web* tende a ficar forte e várias opções de interação com as pessoas estão surgindo. Com o advento da *web 2.0* há uma enorme contribuição para isso e assim, ferramentas, como as redes sociais, que conseguem agregar um maior número de pessoas em um pensamento coletivo, tem se destacado (RICHARDSON, 2010). Assim, a facilidade de comunicação por meio das mídias permite oportunidades de utilizar essas ferramentas na promoção educacional em saúde, facilitando um trabalho coletivo e colaborativo na UBS.

Vale aqui destacar que a ES pode ser desenvolvida com ou sem tecnologias, no entanto, no contexto pandêmico essa foi também uma opção a seguir, então, Gonçalves, Carvalho e Fernandes, (2020, p. 5813) conceituam, “educação em saúde tem a concepção de processo educacional, compreendida como troca de informação, partindo do profissional para os usuários do sistema de saúde, necessitando de ferramentas tecnológicas ou recursos simples”.

Portanto, conforme apresentado nos *cards* de ES publicados nas redes e mídias sociais, como Facebook®, Instagram® e Whatsapp®, pode-se afirmar que a interação com a população durante a pandemia foi mantida com a socialização de conteúdos pertinentes na prevenção de doenças e promoção da saúde no território.

Projeto, palestras, campanhas em ES

Anteriormente, foram apresentados os *cards* e suas temáticas trabalhadas nas publicações de ES que foram elaborados com colaboração da equipe da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da URCA e com apoio da equipe da UBS Verônica Maria Couto Pinheiro.

Para além dessas postagens educativas de orientações e informações em redes e mídias sociais, outras ações foram desenvolvidas obedecendo aos protocolos sanitários de controle e combate à Pandemia da COVID 19. Apesar dessa limitação imposta devido à crise de saúde global que se instalou, a equipe conseguiu, com êxito, a execução de alguns projetos de curto prazo; ações semanais de prevenção de doenças; promoção da saúde do trabalhador; conscientização da população sobre a importância da saúde mental, da mulher do homem; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e estilo de vida saudável para crianças e idosos.

Agora, serão apresentadas as principais ações executadas para a população do território, assim como, para a equipe de profissionais de saúde da UBS.



Projeto Movimentar UBS - saúde do servidor

Com a Pandemia provocada pelo Novo Coronavírus, muitos profissionais de saúde têm apresentado um aumento na tensão, exaustão mental e ansiedade. Assim, a prática de atividades físicas pode colaborar diretamente na prevenção e controle desses malefícios à saúde desses profissionais. Nesse sentido, Siqueira, Nahas e Facchini, (2009, p. 1928),

Urge a necessidade de estratégias para estimular os profissionais de saúde a uma mudança de comportamento. Neste sentido, cabe destacar a importância de projetos de capacitação de profissionais de saúde para a orientação e a prática de atividade física, a articulação entre profissionais de UBS e educadores físicos, e estudos de intervenção sobre a temática.

Desse modo, o projeto Movimenta UBS teve como objetivos: desenvolver no ambiente de trabalho atividades de promoção à saúde, utilizando a prática de exercícios físicos, através da ginástica laboral e alongamentos; estimular a socialização entre equipe de trabalho; promover bem-estar físico e mental, combater o sedentarismo e fortalecer a imunidade.

Assim, o projeto possibilitou uma melhor qualidade de vida física/mental/emocional e social dos profissionais de saúde e funcionários da Unidade Básica de Saúde.

Palestras e intervenção na sala de espera com foco na Prevenção e Combate ao novo Coronavírus e outras temáticas

Com o novo fluxograma de atendimento na UBS diante da Pandemia e o distanciamento social, ações com grupos na UBS ou em outro espaço da comunidade foram canceladas. No entanto, foi possível realizar momentos de conversa sobre temas pertinentes e de interesse da saúde pública.

As orientações sobre prevenção e combate a COVID 19 tiveram destaque nas rodas de conversa na sala de espera de atendimentos prioritários e autorizados na UBS. Temas como exercícios físicos, práticas de hábitos saudáveis, apoio à saúde mental e prevenção de doenças (COVID 19, Dengue, Zica, DST, Diabetes, Chikungunya, Hipertensão) foram também trabalhados, permitindo um serviço humanizado e participativo. Nesse sentido, Rosa (2011, p. 127),

[...] considerando as necessidades dos usuários, a sala de espera tem o intuito de garantir um cuidado mais humanizado. Ela garante, também, uma aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde, assim como os próprios profissionais possam estar desenvolvendo atividades de educação em saúde, que visem à prevenção de doenças e promoção da saúde, constituindo sujeitos atuantes na sua qualidade de vida.

As ações de ES desenvolvidas na sala de espera proporcionam aos pacientes momentos de aprendizado, mas também de tirar dúvidas sobre os serviços e fortalecer o vínculo com a equipe de trabalho da UBS.



Campanha Setembro Amarelo

Tendo em vista a prevenção do suicídio e valorização da Vida, foi trabalhada a saúde mental durante o mês. Em conjunto com a equipe de residentes, elaboramos *cards* informativos, fizemos a ornamentação da UBS com as cores do mês para chamar a atenção dos usuários sobre a importância de conversar e fazer a escuta de pessoas que estão passando por momentos de problemas de saúde mental e de pouco convívio e vínculo social, realizando diálogos na sala de espera.

Campanha Outubro Rosa

A promoção da saúde da mulher teve um destaque maior nesse período. A UBS foi ornamentada com a cor que simboliza o mês e uma programação noturna foi elaborada para melhor atender as demandas do território. Foi dado prioridade a exames de prevenção e mamografias. E as orientações do autoexame de mama foram destacadas como meio prático e rápido de um pré-diagnóstico. Na programação especial noturna, teve a realização de testes rápidos de HIV e Sífilis e também um momento de relaxamento com terapia com óleos essenciais para aliviar a carga de estresse que as mulheres têm no seu dia a dia.

Campanha Novembro Azul

Visando estimular a prática de cuidados com a saúde do homem, foi trabalhado o novembro azul. Com o apoio da equipe, a estrutura da UBS foi decorada na cor azul, alusivo ao mês de combate ao câncer de próstata, promoção da saúde do homem, com programação de atendimento noturno para exames de próstata, glicemia, testes rápidos e entrega de brindes. Roda de conversa na sala de espera com a equipe de profissionais da UBS que recepcionaram e estimularam os homens do território a terem mais atenção e cuidado com sua saúde.

Dezembro Vermelho

A prevenção é um dos melhores caminhos a seguir no combate às doenças sexualmente transmissíveis. No dezembro Vermelho, trabalhou-se enfatizando a importância do uso dos preservativos como meio de evitar esse problema de saúde tão comum na sociedade. Atendimento noturno para população em geral e testes rápidos de sífilis e HIV, foram mais realizados nesses atendimentos. Roda de diálogo na sala de espera, entrega e orientações do uso de preservativos e doação de brindes, fizeram parte da programação das atividades do mês Vermelho.

Essas campanhas nos meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2020 foram ações de ES que deram continuidade ao trabalho de promoção de saúde da UBS durante a Pandemia, garantindo a prevenção de doenças e redução de seus agravos. Como afirma Alves (2021, p. 1054),

A necessidade da continuidade de levar atendimento e educação em saúde à população de forma segura, e considerando os elevados índices de mortalidade relacionados a essas



doenças, é dever e responsabilidade dos profissionais da saúde a realização de ações que visem sua redução e controle.

As ações ainda serviram para promover o fortalecimento de vínculos entre o público-alvo das atividades e a equipe de saúde local, promovendo um atendimento humanizado com a participação da comunidade.

Capacitação da equipe de residentes - Educação Permanente em Saúde

Foi realizado em conjunto a equipe de residentes periodicamente de maneira online de diversos cursos de capacitação através da plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde no SUS (UNA-SUS) com prioridade para cursos na atenção básica e enfrentamento a COVID 19, além de atuação profissional de acordo com sua área de formação. Contribuindo significativamente para a execução das ações de educação em saúde na UBS.

Desse modo, a Educação Permanente em Saúde – EPS apresenta-se ainda mais forte como processo educacional instaurado às necessidades de aprendizagem dos trabalhadores em Saúde, em seus lócus de trabalho, permitindo reflexões sobre a busca de melhorias e transformação no seu processo de trabalho e garantindo a qualidade do serviço prestado (AZEVEDO *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a Política Nacional de Educação Permanente garante aos profissionais de saúde a possibilidade de ter um espaço de aprendizado de maneira contínua e sistematizada promovida pela União, Estados e Municípios, que devem articular, elaborar e executar ações de EPS para todos os trabalhadores de saúde de maneira acessível e democrática.

Portanto, após a apresentação do relato das principais ações em ES desenvolvidas no território da UBS Belmonte, nesse período de pandemia, ressalta-se que as vivências foram desafiadoras e possibilitaram à equipe de residentes novas práticas através do ensino em serviços. Para isso, houve a participação e aceitação total da equipe de trabalho da Unidade e de parcerias com Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse período, foi possível compreender com mais clareza a complexidade de atuar na saúde pública, que se apresenta com suas dificuldades, limitações e desafios, assim como as superações e as resolutividades de problemas diários. O cenário da UBS foi essencial para esse aprendizado, pois é onde acontece o primeiro contato da comunidade com equipe de saúde, campus esse que se configura como porta de entrada da atenção básica e do Sistema Único de Saúde.

A pandemia da COVID 19 obrigou os sistemas de saúde a se organizarem na nova realidade em curso. A Atenção Básica em Saúde teve que se adequar, as ações com concentração de pessoas foram canceladas, os atendimentos foram restringidos e aplicados novos protocolos de biossegurança e de fluxogramas de acolhimento e atendimento nos equipamentos de saúde.



Assim, a UBS Belmonte foi impactada de imediato e as ações de ES foram desenvolvidas com novas estratégias: rodas de conversa na sala de espera com pequeno número de pacientes agendados e que estavam no nível de prioridade de atendimento; utilização de *cards* informativos e educativos em mídias e redes sociais, como Facebook®, Instagram® e Whatsapp®; realização de campanhas educativas com temáticas pertinentes; projeto de atividade física na promoção a saúde dos profissionais de saúde e formação continuada através de cursos para a equipe de trabalho, que permitiram desenvolver as atividades de ES.

A utilização das mídias e redes sociais na ES é uma realidade que há algum tempo vem sendo difundida, no entanto, no contexto da pandemia elas se fortaleceram e se concretizaram como uma das ferramentas mais acessíveis e viáveis para a promoção desse trabalho apresentado.

O desenvolvimento de ações de Educação em saúde em qualquer tempo se torna pertinente e eficaz na promoção da saúde da comunidade, na UBS Verônica Maria Couto, no Distrito Belmonte elas se mantiveram, contribuindo, nesse momento específico, para orientar e educar a população na prevenção e controle da Pandemia da COVID 19, que se apresenta com uma das maiores crises sanitárias que a humanidade tem passado.

As atividades e ações realizadas em ES, durante esse período, possibilitaram informação, conhecimento e educação para a população. Permitiu ainda fazer uma reflexão da atuação dos profissionais em relação a ES, que se configura como um dos pilares da promoção de saúde da comunidade. Desse modo, os objetivos deste trabalho foram atingidos na medida em que foram apresentados, discutidos e refletidos os dados apresentados.

Portanto, ao relatar essa experiência dentro do espaço da UBS, desenvolvendo um trabalho através de um programa de residência em saúde coletiva, pode-se perceber ainda o importante papel que o ensino em serviço pode proporcionar na promoção da saúde e na montagem de estratégias de educação em saúde para a comunidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, N. S. Ação outubro rosa e o despertar para a saúde da mulher em meio a pandemia da Covid-19. *Archives of Health*, Curitiba, v. 2, n. 4, p.1054-1056 special edition, jul. 2021. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br>. Acesso em: 4 jan. 2022.

AZEVEDO, N. G. T *et al.* Continuing education in healthcare as a strategy for occupational safety in the context of the COVID-19 pandemic: reflections on the role of community healthcare agents in construction of care. *Revista Brasileira Medicina Trabalho*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p.107-113. 2021. DOI: 10.47626/1679-4435-2021-669. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2021-669>. Acesso: em 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.



BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Denúncias registradas pelo ligue 180: caderno de gestão*. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/denuncias-registradas-pelo-ligue-180-aumentam-nos-quatro-primeiros-meses-de-2020>. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

CRUZ, D. I.; PAULO, R. R. D.; DIAS, W. S. O uso das mídias digitais na educação em saúde. *Cadernos da FUCAMP*, Campinas, v. 10, n. 13, p.130-142, 2011. Disponível em: <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/download/215/228>. Acesso em: 4 jan. 2022.

FUMAGALLI, I. H. T.; SUDRÉ, G. A.; MATUMOTO, S. Vacinação contra influenza no enfrentamento da pandemia de covid-19: relato de uma experiência e reflexões. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste-Mineiro*, São João Del Rei, v. 10, p. 3790, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3790>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3790>. Acesso em: 4 jan. 2022.

GONÇALVES, R. S.; CARVALHO, M. B.; FERNANDES, T. C. Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 5811-5817 may/jun. 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/11122:text>. Acesso em: 3 jan. 2022.

LASSELIN, J.; ALVAREZ, S. E.; GRIGOLEIT, J. S. Well-being and immune response: a multi-system perspective. *Current Opinion in Pharmacology*, Oxford, v. 29, p. 34-41, Aug. 2016. DOI: 10.1016/j.coph.2016.05.003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304067014_Well-being_and_immune_response_A_multi-system_perspective. Acesso em: 10 jan. 2022.

MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NETO, M.; GOMES, T. O.; PORTO, F. R. Fake news no cenário da pandemia de covid-19. *Cogitare enfermagem*, Curitiba, v. 25 p. 72627, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72627>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1095077/2-72627-v25-pt.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2022.

RICHARDSON, W. *Blogs, wikis, podcast and other powerful web tools for classrooms*. 3. ed. Thousand Oaks: Corwin Press, mar. 2010. Disponível em: https://us-corwin-com.translate.google.com/nam/book/blogs-wikis-podcasts-and-other-powerful-web-tools-classrooms-1?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc. Acesso em: 9 jan. 2022.

ROSA, J.; BARTH, P. O.; GERMANI, A. R. M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de



educação e promoção à saúde. *Perspectiva*, Erechim. v. 35, n. 129, p. 121-130, mar. 2011. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_160.pdf. Acesso em: 2 jan. 2022.

SANTOS, P. P. P. O.; LOPES. B. B. G.; SOUZA, N. Covid-19 e literatura de cordel: educação em saúde pela via da folk comunicação. *RIF*, Ponta Grossa, v. 19, n. 43, p. 247-265, jul./dez 2021. DOI: <https://doi.org/10.5212/RIF.v.19.i43.0014>. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/folkcom/article/download/19735/209209215900>. Acesso em: 4 jan. 2022.

SIQUEIRA, F. C. V.; NAHAS, M. V.; FACCHINI, L. A. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, set. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QstCBmjWcP6wk7jCbChMX4d/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE). *Informativo de práticas alimentares durante e após a Covid-19: das compras ao preparo*. Vitória de Santo Antão: UFPE, 2020. Disponível em: https://agencia.ufpe.br/documents/2947413/0/INFORMATIVO+DE+PR%C3%93TICAS+ALIMENTARES+COVID-19_04.06.2020.pdf/5469aa0b-fcc5-4c27-b4b5-eec3b7dfcacf. Acesso em: 3 jan. 2022.

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI (URCA). *Nota de Esclarecimentos sobre os Programas de Residências*. Cariri, 11 maio 2020. Disponível em: <http://www.urca.br/novo/portal/index.php/latest-news/46347-urca-emite-nota-de-esclarecimento-sobre-os-programas-de-residencia>. Acesso em: 4 maio 2021.

Editor responsável: Rodrigo de Oliveira Azevedo
Recebido em 22 de Fevereiro de 2022.
Aceito em 23 de Novembro de 2022.
Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

MACÊDO, Lazaro Ranieri de; BEZERRA; Lis Maria Machado Ribeiro; *et al.*. Educação em saúde no contexto da pandemia da COVID-19. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 154-172, 2022.





Implicações subjetivas acerca da finitude em pacientes oncológicos: relato de experiência à luz da psicanálise

Subjective implications about finitude among cancer patients: an experience report in the light of psychoanalysis

Lívia Thana Santana Loureiro ¹
Rosita Angélica Gaspar ²
Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro ³

RESUMO

O diagnóstico de câncer possui uma representação social negativa associada ao horror da morte, por ser ainda considerada uma enfermidade fatal. Ao longo da experiência de escuta analítica nos atendimentos em um Programa de Residência Multiprofissional em Psicologia de um hospital geral, pacientes oncológicos em tratamento paliativo trazem impasses diante do encontro com o fim de vida. O objetivo deste trabalho foi refletir sobre a finitude através de um relato de experiência com referencial psicanalítico a contribuir aos pacientes, aos familiares, à equipe de saúde e ao praticante da psicanálise possibilidades de saídas e de cuidados paliativos. Para isso, realizou-se um estudo teórico a partir de uma revisão na literatura, articulada ao relato de experiência. Conclui-se que na medida em que o analista escuta as angústias do paciente em torno da morte, pelo método de associação livre, este se questiona sobre os feitos em sua vida. Pensando em cuidados paliativos, tal saber sobre a própria morte oportuniza ao paciente assumir uma postura sobre o próprio desejo, a escolha de sua história até o fim, conferindo conforto e alívio ao seu sofrimento, bem como dos familiares e da equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: morte; finitude; angústia.

ABSTRACT

The cancer diagnosis has a negative social representation associated with the horror of death because it is still considered a fatal disease. Throughout the experience of analytical listening in the consultations in a Multidisciplinary Residency Program in Psychology of a general hospital, cancer patients undergoing palliative treatment bring impasses before the encounter with the end of life. This study aimed to reflect on finitude through an experience report with a psychoanalytic framework to contribute to patients, family members, the health team, and the psychoanalysis practitioner possibilities of exits and palliative care. For such, a theoretical study was carried out from a literature review articulated to the experience report. It is concluded that, as the analyst listens to the anguishes of a patient concerning death, through the method of free association, they question themselves about the achievements in their life. Thinking about palliative care, such knowledge about one's own death gives the patient the opportunity to take a stance on their own desire, choosing their story to the end, giving comfort and relief to their suffering, as well as that of their families and the multidisciplinary team.

Keywords: death; finitude; anguish.

¹ Especialista em Atenção ao Câncer pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Evangélico de Cachoeiro (HECI). Psicóloga no Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV).

<https://orcid.org/0000-0002-1057-1953>
<http://lattes.cnpq.br/0498963443603034>
livathanas1@hotmail.com

² Especialista em Atenção ao Câncer pelo programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI). Psicóloga, preceptora do Programa de Residência em Atenção ao Câncer do HECI.

<https://orcid.org/0000-0003-3817-1617>
<http://lattes.cnpq.br/2644468999236879>
rosi.angelca7@gmail.com

³ Mestre em Administração de empresa pela FUCAPE-ES. Diretor de Enfermagem do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (ES) e Professor do Colegiado de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo (CUSC).

<https://orcid.org/0000-0001-7340-7475>
<http://lattes.cnpq.br/9976073809594336>
gustavo.zigoni@gmail.com

INTRODUÇÃO

Para muitos, receber um diagnóstico de câncer pode significar “assinar uma sentença de morte”, tendo em vista seu alto índice de mortalidade (KLUBER-ROSS, 2017). Ainda que a ciência venha evoluindo no aperfeiçoamento dos tratamentos, contribuindo para maiores possibilidades de cura e sobrevida dos pacientes, as projeções para os próximos anos indicam aumento do número de casos de câncer (SMITH *et al.*, 2020).

Segundo as estimativas do Instituto Nacional “José Alencar Gomes da Silva”, para o Brasil, espera-se um acréscimo de 625 mil casos novos de câncer a cada ano entre 2020 e 2022 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2019).

A palavra “câncer” possui uma representação simbólica social negativa associada à tristeza, angústia, medo e morte (WAKIUCHI *et al.*, 2019). Durante atendimento aos pacientes em ambulatórios e internações para tratamento oncológico (quimioterapia e radioterapia), pode-se observar resistências que se apresentaram para verbalizar a palavra “câncer” por esses aspectos a ela atrelados. Em conformidade com a experiência hospitalar descrita por Côgo (2016), comumente os pacientes pronunciam “aquela doença”, “essa doença maligna”, no lugar da palavra “câncer”, na tentativa de evitar que a morte se presentifique.

A dificuldade do homem em lidar com a morte sempre existiu. Ao longo da história da existência humana, percebemos o quanto a morte carrega para a nossa espécie um enigma (KLUBER-ROSS, 2017).

Considerando o dissertar relativo às obras de Freud por Machado (2020), fica nítida a ênfase dada ao conceito de “pulsão de morte” e sua importância à reflexão de uma tendência mortífera atuante no aparelho psíquico. A pulsão de morte é descrita como “uma força que destrói os elos que ligam ao objeto e que também, antes de se voltar ao exterior, ameaça destruir o próprio sujeito” (MACHADO, 2020, p. 69). Dessa forma, a agressividade humana é justificada por Freud.

Silva *et al.* (2022) trazem recentemente em escrito uma discussão importante sobre o fenômeno da finitude, tendo em vista os impactos sociais, econômicos, políticos e psicossomáticos que a pandemia da Covid-19 fez emergir.

Diante da experiência de contato com a finitude, a partir da morte do outro, os autores nos atentam ao processo de perda como ruptura por acontecimento não fora, mas dentro de nós. A negação do fim surge como tentativa de evitar um possível sofrer diante da ameaça por expectativas, desejos e possibilidade de felicidades não satisfeitas. Tal tentativa de fuga não nos exime da angústia que o discurso da morte gera, tampouco diminui o medo que ela pode suscitar (SILVA *et al.*, 2022).

Em respeito à morte, a médica Ana Claudia (2019) nos convida a uma postura de vida mais responsável diante do medo que o homem sente da finitude. Pois nem o medo nem a coragem nos salva do fim, isto é, da imortalidade física. Mas o respeito à morte nos possibilita a experiência de uma vida que vale a pena ser vivida. Ainda que tenha sofrimentos, tristezas e dificuldades, a harmonia



para as escolhas torna possível a nós conservar uma boa vida até que nosso fim chegue. “Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte” (FREUD, [1915] 1996, p. 310).

É pensando no contato com a dor, no sofrimento e na morte do paciente oncológico que a escuta analítica possibilita o encontro com a subjetividade deste para dar sentido à experiência e auxiliar no enfrentamento. Isso significa que o trabalho do analista envolve o manejo da transferência¹ para que o paciente encontre recursos para sustentar a própria finitude e suportar a vida (SILVA, 2017). Ressignificar a dor seria relançar um olhar e uma postura diante da finitude?

O presente estudo foi motivado por encontros e desencontros com pacientes oncológicos em terminalidade de vida e suas diferentes formas de expressão e enfrentamento diante da finitude.

Considerando a necessidade de maior número de estudos que abordem a temática da finitude por pacientes oncológicos, o presente estudo trata-se de um relato de experiência com o objetivo de refletir sobre a finitude nas instituições hospitalares e contribuir aos pacientes, familiares e a equipe na promoção de cuidado. Para tanto, buscou-se identificar através de narrativas interativas mediadas pela transferência os potenciais facilitadores na construção de recursos diante da negação da morte enquanto mecanismo.

METODOLOGIA

O presente estudo se trata de um relato de experiência que descreve e reflete sobre atendimentos psicológicos referentes à especialidade oncológica de um Hospital Geral apoiado na abordagem psicanalítica do sofrimento no ambiente hospitalar como direcionamento. Buscou-se realizar uma revisão bibliográfica utilizando as plataformas de pesquisa *SciELO* (Scientific Eletronic Library Online), *Pepsic* (Periódicos Eletrônicos de Psicologia) e *LILACS* (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) utilizando os indexadores: “psicanálise”, “angústia” e “finitude”. Foram revisitadas também as obras de Freud e de autores pós-freudianos que se relacionam com a temática sobre a morte, buscando refletir soluções e saídas identificadas nos atendimentos pela via da transferência. Realizou-se os registros das percepções da analisadora sobre atendimentos psicológicos, no período entre abril e outubro de 2021, referentes à especialidade oncológica de um Hospital Geral privado de caráter filantrópico da região sul do Espírito Santo - Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI). A especialidade de oncologia referida neste estudo envolve, em seu espaço físico, a enfermaria oncológica, o ambulatório de radioterapia, o ambulatório de quimioterapia, o ambulatório III (de Psicologia) e o grupo de mulheres às quintas-feiras pela manhã na modalidade online.

O público de interesse desta pesquisa contemplou pacientes submetidos ao tratamento oncológico de cunho paliativo, de ambos os sexos e que apresentaram questões sobre o morrer.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

¹ Conceito utilizado por Freud ([1912b] 2010) na psicanálise, no texto “A dinâmica da transferência”, referente ao processo de reatualização de desejos inconscientes apresentados na relação analítica.



Câncer e finitude

A experiência psíquica no encontro com o adoecimento do corpo físico pelo câncer faz emergir a angústia do sujeito diante do sofrimento, uma vez que este se depara com uma instância irrepresentável pela linguagem (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2014). Nesse sentido, podemos dizer que o significante câncer está muito associado ao encontro com a finitude que ameaça o fim desse corpo, ou seja, a própria morte (SILVA; CARDOSO, 2020).

A morte, segundo afirma Freud ([1915] 1980), em seu livro *Reflexões para os tempos de Guerra e Morte*, constitui-se acontecimento inimaginável e irreal, assim como era para o homem primitivo. Nascemos com a certeza da morte, porém vivemos como se nunca fossemos morrer. O enigma da morte enquanto acontecimento está no campo do irrepresentável em nosso inconsciente. Lacan refere-se ao real de distintas formas, entre elas no *Seminário, livro 23: O sinthoma* ([1975-1976] 2007), descreve “[...] o real, na medida em que ele só pode ser pensado como impossível” (p. 121).

Dessa forma, entendemos que a experiência de morte é sentida pelo afeto da angústia, pois esta anuncia um acontecimento marcado pela ausência de palavras para representar e circunscrever o que está sendo estabelecido.

Angústia: anúncio da castração

Como dito anteriormente, a angústia é um afeto que implica determinado acontecimento que ultrapassa o simbólico da linguagem, pois está no campo do real. Do ponto de vista da teoria freudiana sobre o complexo de Édipo, a respeito da angústia, Freud ([1926] 2014) descreve a sinalização de um perigo, a ameaça da perda do objeto de desejo. Por exemplo, o desamparo psíquico do recém-nascido presente no rompimento da placenta, ou seja, na ruptura da relação íntima entre o bebê e a mãe. Também, o menino, ao perder seu órgão genital, ou, ainda, o receio da criança de perder o amor do supereu-protetor por não atender a suas imposições.

Nesse sentido, toda angústia remete à castração, ao medo da separação do sujeito de seus objetos sexuais (FREUD, [1926] 2014).

Ainda em seu livro *Inibição, sintoma e angústia*, Freud ([1926] 2014), no que se refere ao surgimento da angústia, assemelha-a a um estado afetivo que se reproduz quando vivências traumáticas da psique são despertadas. Nesse sentido, a angústia está diretamente ligada ao trauma, pois assemelha-se à ansiedade diante da possibilidade de reviver um trauma.

O indivíduo em tratamento oncológico sofre com mudanças da imagem corporal, alguns emagrecem, outros engordam demasiadamente, podem ter alopecia devido à quimioterapia, bem como membros do corpo mutilados, uso de sondas ou bolsa de colostomia a depender do tipo de câncer e cirurgia realizada. Também, podem perceber a redução de sua independência e disposição para realizar atividades rotineiras (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2014).



Considerando o sofrimento mental causado por um corpo que dói e se manifesta pela palavra do paciente com câncer, é fundamental falarmos sobre o conceito de pulsão, uma vez que no processo de constituição do sujeito a pulsão liga o corpo ao psíquico (CASTRO-ARANTES; LO BIANCO, 2013).

Pulsão de vida e pulsão de morte

Na obra *Além do Princípio do Prazer*, Freud ([1920] 1980) descreve a pulsão de vida e a pulsão de morte como forças antagônicas atuantes. A concepção da pulsão de morte refere-se a algo interno à estrutura mental em que faz o trauma se dissociar de um acontecimento na realidade. Essa pulsão foi constatada na clínica por Freud através da repetição de sonhos traumáticos e da transferência na experiência com os pacientes. A compulsão à repetição o faz compreender a existência de uma instância mais primitiva que independe do princípio do prazer. Tal princípio trabalha para manter as excitações a nível mais baixo. A compulsão à repetição impede a ação do princípio do prazer afetando a homeostase psíquica.

Ainda no texto *Além do Princípio do Prazer*, Freud ([1920] 1980) destaca que o objetivo de tudo que é vivo é a morte, ou seja, toda pulsão tem como curso final o retorno ao estado inicial das coisas. Porém, as pulsões de vida (pulsões sexuais) dificultam a concretização desse objetivo na medida em que atrasam essa força em direção à morte. Ela faz isso afastando os modos de retorno à morte que não são inerentes ao próprio modo do organismo de seguir seu caminho para ela.

A pulsão destrutiva, também denominada assim, tende a retornar à tensão zero, ou seja, ao fim, à morte. A pulsão de vida, por outro lado, é ruidosa, complica a vida, tira a paz gerando conflito, produzindo tensões em que o alívio traz prazer (é sentido como prazer) para a preservação da vida. Para que assim ela alcance a morte de maneira natural (FREUD, [1920] 1980).

Desse modo, compreende-se que estas forças pulsionais atuam sobre o corpo, uma vez que a pulsão está entre o psíquico e o corpo, essas duas ordens são atingidas e respondem com efeitos na subjetivação do sujeito (CASTRO-ARANTES; BIANCO, 2013).

Entre o luto e a luta

No que se refere à morte, outra temática pertinente é o processo de luto. Diante das perdas descritas provenientes do tratamento oncológico comumente agressivo ao organismo e ao emocional, o luto pela condição clínica, autonomia e qualidade de vida causa intensa carga de angústia e sofrimento. Simultaneamente, trava-se uma luta pela saúde, em função da possibilidade de curar-se ou prolongar a sobrevida (CÔGO, 2016).

Freud ([1917] 1996), em seu texto *Luto e Melancolia*, afirma que o luto é, via de regra, a reação frente à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que produza efeitos semelhantes como a pátria, a liberdade, um ideal entre outros. O sujeito perde a capacidade de interesse por novos objetos



externos.

O autor descreve o luto como um processo lento e difícil, mas como parte de nosso desenvolvimento, um processo natural e constante que pode ser superado após a elaboração da perda (FREUD, [1917] 1996). As primeiras vivências de luto são registradas no aparelho psíquico como símbolos mnêmicos e revividas quando passamos por situações semelhantes (FREUD, [1926] 2014).

Sobre a elaboração da perda, Freud ([1917] 1996) assegura que “o luto expira de modo espontâneo e nossa libido fica de novo livre para, se ainda somos jovens e capazes de vida, substituir os objetos perdidos por outros novos que sejam, no possível, tanto ou mais apreciáveis” (p. 252).

Entende-se jovens e capazes de vida não em relação à idade cronológica, mas como uma posição subjetiva desejante, ativa. Essa oportunidade na vida também se encontra possível de assumir na postura desejante do indivíduo ao encontrar com a finitude após um diagnóstico de câncer.

É nesse momento que se trava uma batalha, um processo interno. O sujeito se vê entre o luto e a luta. O luto diante das perdas provenientes do tratamento do câncer comumente agressivo ao corpo físico e ao emocional, cujo processo causa intensa carga de angústia e sofrimento pela condição clínica (alterações corporais, limitações físicas, perda de apetite, dores, entre outros). Simultaneamente, a luta pela saúde, pela possibilidade de curar-se ou prolongar o tempo de vida (CÔGO, 2016).

A escuta psicanalítica: uma saída para a angústia pela via da transferência

Tendo em vista a morte enquanto acontecimento negado e não falado na sociedade e a urgência da necessidade de fala dos pacientes com câncer atravessados por questões de finitude, o analista possibilita a elaboração da angústia quando dispõe sua escuta e permite espaço para a elaboração desta (SILVA, 2017).

Freud ([1912a] 2010), em *Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise*, dispõe sobre a “atenção flutuante”, a “associação livre” e a “transferência” como principais diretrizes para o exercício da psicanálise se apoiando na escuta, na fala e na relação com o sujeito – que desconhece acerca do próprio desejo.

Na atenção flutuante, o analista não deve dar importância a qualquer elemento a priori em detrimento de outro verbalizado pelo analisando, mantendo a atenção de forma “‘uniformemente suspensa’ em face de tudo o que se escuta” (FREUD, [1912a] 2010, p. 125). Por meio da associação livre, o analisando receberá o comando de falar tudo o que lhe vier à mente, sem que o analista avalie previamente seu dito, sendo possível que os fragmentos inconscientes emerjam, ainda que de maneira desorganizada. O método psicanalítico independe de onde se faz psicanálise, seja clínica, hospitalar ou em pesquisa (FREUD, [1912a] 2010).

Sobre a função transferencial, Quinet (2009) ressalta que, em um primeiro momento, a busca por um analista implica a suposição de um saber sobre o sintoma do sujeito ou do que ele quer se livrar – aquilo do qual se queixa. Esse lugar de quem detém a verdade previamente sobre o sintoma,



atribuído ao analista pelo analisando, é denominado por Lacan de sujeito suposto saber. O analista jamais deve se identificar com o lugar de saber, pois sua posição é exatamente oposta: a de não saber.

O estabelecimento da transferência depende do analisando, cabendo ao analista saber manejá-la. O efeito da instituição desse sujeito suposto saber, ou seja, da transferência, é o amor pelo analista. Assim, a demanda inicial de algo se transforma em demanda de amor, que faz surgir o desejo do Outro como o desejo do sujeito. Há uma repetição do sintoma na experiência atual da relação transferencial. Cabe ao analista elevar o sintoma a um enigma no qual o sujeito suposto saber se torna sujeito suposto desejar. Sendo assim, o aparecimento do desejo em forma de enigma permite ao sujeito, que endereça ao analista uma demanda de amor, fazer surgir o objeto causa de desejo (a)², que desvelará sua falta (QUINET, 2009).

O psicanalista se coloca como um Outro na relação transferencial, possibilitando a fala àquele que se vê diante da morte para alcançar a verdade sobre sua angústia, medo e dor de existir. O trabalho analítico permite um saber próprio ao analisando para que possa responder ao sofrimento e aos impasses de maneira singular e criativa, transformando sua atitude perante a queixa e sustentando seu próprio desejo (MORETTO, 2002).

Relato de experiência

O encontro com a finitude dos pacientes com câncer se deu por uma urgente necessidade de escuta do silêncio, daquilo que faltavam palavras para nomear, mas que não podia faltar à tentativa de significar: doença grave e assombrada pela morte. O sofrimento e suas nuances aparecem no paciente, na família e na equipe.

Os pacientes descrevem esse momento se utilizando de expressões como “entrei em choque”, “perdi meu chão” ou “minha vida virou de cabeça para baixo”. Evitavam ao máximo pronunciar a palavra “câncer”. No lugar de câncer diziam o termo emprestado do médico radiologista “o bandido”, ou, ainda, verbalizaram “aquela doença”, “a maldita”.

Por meio de suas narrativas, os pacientes trazem os impactos emocionais de enfrentar tratamentos em sua maioria imunossupressores, com alterações corporais, mudanças na rotina, perda da autonomia, além de estigmas. Independente do protocolo e do tipo de tratamento definido, o paciente passa por uma série de exames como biópsia, tomografia, raio X, consultas com médico oncologista, acompanhamento com equipe multidisciplinar, além de dedicar tempo para realização de tratamentos (quimioterapia, radioterapia e ou imunoterapia) e sofrer com seus efeitos colaterais. É comum o afastamento do trabalho pela impossibilidade de produção e do convívio social.

Inicialmente, a ansiedade, a angústia e a tristeza são as que mais aparecem nos relatos quando se reflete sobre a possibilidade de morrer. A necessidade de fala vem sempre acompanhada de algo

² Origina-se do “objeto perdido de desejo” em Freud que assume a função de causa do desejo no sujeito. Portanto, o objeto traz a sensação constante de algo que está faltando em nossas vidas e nos impulsiona a buscar incessantemente. O objeto (a) não cansa de se cessar (QUINET, 2009).



para se ancorar algo pelo que lutar. Muitas queixas físicas eram de fortes dores no corpo, limitando as atividades de rotina. A lembrança da finitude surgia através de significantes em função da expressão de sentimentos em torno de um corpo e de uma vida anterior que não existia mais, em detrimento de uma nova vida que poderia também não existir.

Uma minoria de pacientes atendidos indicava certa conformidade com a possibilidade do fim de vida refletindo sobre prosperidade e realização em relação aos seus feitos em vida.

A fé aparece como uma recorrente estratégia de enfrentamento para lidar com incertezas e ausência de respostas diante do tratamento, de forma que um percurso árduo seja levado com esperança.

Na enfermaria oncológica, o horror da morte está presente nos óbitos assistidos pelos pacientes internados. Posteriormente, atendendo aos pacientes, a comoção é quase unânime. É um silêncio que paira no ar. Manifesta-se no olhar, no aumento da ansiedade, na euforia para ir para casa, no medo, na angústia, entre outros. Em alguns casos, percebe-se o agravamento da condição clínica de alguns pacientes tempos depois de assistir a uma morte.

Ainda que saibamos da premissa “a única certeza que temos é a morte”, nos relatos, o medo e a angústia comparecem em muitos dos atendidos. Os pacientes se agarram em qualquer possibilidade de continuar a viver – experienciar o neto nascer, os filhos crescerem, ter filhos, cuidar dos pais – isto é, quase sempre existe um motivo para lutar por mais tempo. Até que o sofrimento seja tão grande a ponto de desejar a morte. Nesses casos, muitos familiares que acompanham e sofrem juntos trazem inconscientemente o desejo da morte do ente, o desejo de dar fim ao sofrimento.

Quando disponibilizada a escuta analítica aos pacientes com questões sobre a finitude, eles tinham a oportunidade de pensar sobre a vida que tiveram até então e o que necessitavam organizar, fazer antes de ir. Por exemplo, uma das pacientes atendidas estava em um relacionamento conjugal com idas e vindas e isso a angustiava muito, não dormia direito há tempos. Quando este impasse foi resolvido e o relacionamento terminou de vez, o quadro clínico da paciente se agravou. Até que junto de seus filhos a senhora pôde expressar três pedidos antes de morrer e optou por uma morte sem medidas invasivas. Na noite seguinte, ela morreu depois de falar ao acompanhante que dormiria.

Em atendimento ambulatorial a pacientes em terminalidade, foi perceptível movimentações de pensamentos e sentimentos deslocados e ressignificados, não ocorridas antes. O encontro com a finitude faz emergir no sujeito questões de extrema fragilidade diante da nova condição de “paciente oncológico”, o que exige deste um gasto de energia psíquica maior. Porém, quando se permite esse movimento e se coloca disposto a enfrentar, percebe-se a instauração de um processo criativo e o aumento de valor simbólico perante a vida, que se configura em mudanças de postura em relação a si e aos outros, ainda que nos últimos dias de vida.

Para amigos e familiares acompanhantes de pacientes, seja na internação ou no atendimento ambulatorial, o sofrimento é nomeado como a dor de ver seu próximo sofrendo, o medo de perdê-lo. Entre o período definido como cuidados paliativos até a iminência da morte do paciente fez-se pos-



sível um trabalho de elaboração do luto anterior à vivência da perda propriamente dita com eles. Nos casos em que a família e o paciente estavam cientes da terminalidade percebe-se a oportunidade de organizar uma morte mais digna, acolhedora para ambos.

Acompanhando o Grupo de Mulheres de forma online às quintas-feiras, quando trabalhada a temática do luto, este se manifestou em um dos trabalhos como experiência de “dor anestesiante”. Uma dor tão grande que paralisa e impede até a fala sobre ela. Com o tempo e a dissipação da dor, que varia de pessoa para pessoa, a fala se torna possível, bem como o processo de elaboração do luto.

Esses foram os fragmentos que contemplaram a experiência de atendimentos aqui relatada e pelo encontro com as questões sobre a finitude dos pacientes oncológicos como motores da escrita sobre o morrer.

Reverberações da experiência relatada sobre a escuta clínica da finitude

Considerando a experiência clínica de atendimento às pessoas com câncer na residência, a escuta da palavra “câncer” aparece carregada de afetos e significantes. Tendo em vista a clínica psicanalítica para refletir sobre o trabalho analítico no hospital, referimo-nos à premissa de Lacan (1975/2008) em que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, cuja configuração se dá em função de uma espécie de sistema de signos. Cada sujeito evoca, em sua narrativa, cadeias significantes que se articulam entre si no desenrolar de cadeias de associação de significantes.

Desse modo, entende-se que o significante para os sujeitos em questão associa-se à morte evocando, segundo Lacan, algo do impossível. “Abordar esse impossível não poderia constituir uma esperança, posto que é impensável, é a morte – e o fato de a morte não poder ser pensada é o fundamento do real” (LACAN, ([1975-1976] 2007, p. 121).

Na ausência de significantes para dar sentido e elaboração à vida do sujeito, o efeito de encontro com a morte invade o corpo. Seja pelo agravamento dos sintomas físicos dos pacientes ou pelo aumento de demandas nas enfermarias por atendimento psicológico devido ao mal-estar suscitado após assistir a morte ao lado.

É neste contexto que a angústia e o medo surgem nas falas durante os atendimentos. Compreende-se o perigo e o medo da morte como um processo de “retorno à castração” como afirmado por Freud ([1926] 2014), visto que a experiência de finitude é sentida através da ameaça à perda de algo, de uma vida, dos netos, dos filhos, de um sonho, de um amor, uma ideologia, entre outros pelo qual empenhar-se e não desistir.

Enquanto seres desejantes, a experiência da perda se torna fundamental à vida, pois na impossibilidade de preencher a falta, podemos ir em busca de novos objetos de satisfação que nos impulsionam a continuar ao invés de findar (COGÔ, 2016).

A vivência de situações de perdas é sentida desde o início do diagnóstico e do tratamento em função de um corpo pulsional que já não se satisfaz pelas mesmas vias outrora alcançadas. Afasta-se



do trabalho pelo qual tanto se dedicou, é rejeitado(a) por amigos ou familiares, torna-se impossibilitado(a) de manter as atividades de rotina, interrompe-se planos e projetos.

O encontro com essa dimensão do corpo desnudada pelo câncer consiste no estranhamento de si. Na leitura de Freud ([1919] 1996), a manifestação do *Unheimlich*³, o estranho, acontece quando há o encontro do sujeito com o recalcado e com o irrepresentável. Percebemos na clínica com pacientes em tratamento oncológico o deparar-se com o horror deste estranhamento pelo reflexo de um corpo no qual não se reconhece, se desconhecendo. A imagem corporal, bem como as mudanças na posição perante a vida corroboram para uma experiência de instância não aceita pelo narcisismo, ou seja, não possui registro no Eu. Trata-se de uma desintegração do Eu, isto é, o paciente já não se reconhece mais como antes.

Para refletir na dimensão traumática da experiência descrita, recorremos à leitura da obra *Além do Princípio do Prazer*, em que Freud ([1920] 2011) se refere à teoria econômica do aparelho psíquico para explicar os processos psíquicos de prazer e desprazer regulados pela quantidade de excitação na vida psíquica. O desprazer corresponde a um aumento de excitação e, o prazer a uma diminuição dessa quantidade. O trauma se caracteriza por um “susto” no sujeito que rompe proteção contra excitações externas do aparelho psíquico por serem fortes o suficiente para tal abalo.

Portanto, entendemos que a complexidade no adoecimento pelo câncer está na vivência de seu efeito devastador que rompe a barreira protetora no psiquismo do sujeito. Sendo o trauma algo impossível de nomear e que retorna, lidar com a morte é lidar com o retorno aos eventos traumáticos da vida do indivíduo.

Entendemos que o estado de terminalidade aproxima o sujeito do encontro com a finitude da vida e conseqüentemente com tais eventos traumáticos. O Manual de Cuidados Paliativos ANCP afirma ser estabelecido cuidados paliativos quando há o esgotamento das possibilidades de tratamento de manutenção e prolongamento da vida do paciente (CARVALHO; PARSONS, 2012). O cuidado ao paciente é pensado em oferecer qualidade de vida e dignidade humana ao longo da doença, no período terminal, na morte e no luto.

Durante a experiência de atendimento ambulatorial, um dos pacientes com câncer de pulmão metastático refletiu sobre a proximidade de sua morte pela implicação que fez a si sobre a origem de uma “masculinidade” séria e rígida perante a vida. Segundo o paciente, uma vida triste e sem graça. Ao longo dos atendimentos, percebeu ao escutar-se o quanto essa postura estava associada ao medo de reviver o trauma no passado de se passar por um “molenga”, “idiotão” na família e perder seu respeito. Nesse movimento, entendeu que foi deixando sua leveza e alegria, perdendo até mesmo certa autenticidade na forma de conduzir a vida.

Nesse sentido, entendemos que, se por um lado a descoberta do diagnóstico de câncer reflete

3 Palavra original do alemão, sem equivalente em português. Conceito utilizado por Freud em 1919, como o estranho familiar ou a inquietante estranheza. Algo que não se configura em um enigma, porém manifesta-se como uma estranheza já sentida causando uma sensação de angústia e confusão (FREUD, [1919] 1996).



um estado de luto e de finitude, aproximando o sujeito de sua pulsão de morte, por outro pode estar a favor da pulsão de vida, antecipando ou precipitando questões psíquicas que perturbam a satisfação do objetivo da pulsão destrutiva, na medida em que prolonga o tempo de seu curso até o final.

Desse modo, quando se vive uma perda, o fim de algo, este reativa um conjunto de impulsos e defesas pela identificação narcísica e edípica constituída na infância que “poderá trazer uma nova significação para um conjunto de fantasias e afetos inconscientes do sujeito” (CAMPOS, 2013, p. 16).

Através do relato de experiência percebemos que algumas perdas causam dores tão profundas a ponto de anestesiar os afetos, paralisando até mesmo a fala. Esta dor impede que a pessoa sinta outros afetos, inclusive outras dores. No luto, segundo Freud ([1917] 1996), o sujeito leva certo tempo para reduzir a libido na memória e nas expectativas associadas ao objeto perdido, até que se possa falar sobre essa dor de forma a simbolizá-la e elaborá-la.

Famíliares próximos dos pacientes na internação sentem a dor e o sofrimento de acompanhar seu ente perecendo aos poucos. Em muitos casos, o sofrimento é tão grande a ponto de desejar inconscientemente a morte do seu próximo na tentativa de encontrar alívio para a dor. Também, nessa conjuntura, uma vez que a definição de “cuidados paliativos” ou “terminalidade” é definida e comunicada aos familiares e pacientes pelo médico responsável é que se torna possível o trabalho de elaboração do luto antecipatório. Dessa forma, atribui-se mais sentido, conforto e dignidade na experiência de morte ao paciente e seus familiares.

Segundo Castro-Arantes (2016) quando se pensa em “cuidados paliativos” existem aspectos envolvidos no saber próprio para lidar com a morte iminente. Tal entendimento parte de uma intervenção com o paciente e seus familiares. Pode-se tentar disfarçar ou escamotear a morte, a dureza do momento vivido. Entretanto, esse pseudo paliar como escape na tentativa de amenizar o sofrimento não produz esse efeito para o sujeito, pois não está posto para ele dessa forma. O trabalho do analista nas enfermarias é de dar lugar à verdade do sujeito sobre si através da relação transferencial. A verdade é que todos nós morremos, “mas os feitos não morrem” (CASTO-ARANTES, 2016, p. 645). Os atos permanecem, transformam-se noutros que são transmitidos para outros, eternizando-se.

Os exemplos descritos no relato de experiência sobre a finitude delineiam entraves da história de vida dos pacientes dissolvidos com psicoterapia. A contribuição da escuta psicanalítica na identificação de sintomas que se manifestam na expressão de um conflito inconsciente sobre a morte, como um relacionamento pendente ou um medo de ser um homem alegre, auxilia no enfrentamento destas. Sobretudo na resignificação de questões, no enlutamento e no morrer, conferindo um saber do sujeito para lidar com o seu próprio fim.

Acompanhar pacientes que se encontram com a finitude, seja pela descoberta de um câncer inicial com possibilidade curativa seja em estágio avançado e terminal faz suscitar em nós nossa própria finitude (CASTRO-ARANTES). “Paga-se um preço pela transferência, pois o efeito da incidência de real que surge na palavra corta dos dois lados, do paciente e do analista” (CASTRO-A-



RANTES, 2016, p. 647). Há um custo para aquele que se dispõe a encontrar-se com a própria finitude através da escuta analítica. Tal processo não se deu de maneira consciente conforme experiência relatada e compartilhada pelos analistas. Nesse sentido, ressalto a importância da análise pessoal do analista na tentativa de distanciar-se dos significantes e afetos suscitados na escuta dos pacientes. Esta é uma via em que podemos suportar a impossibilidade de completude, o vazio, a castração que há constantemente em nós.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do tratamento oncológico, o paciente sente que tem um corpo através da dor e da angústia em se perceber um ser finito. Apesar da impossibilidade de representação do real da morte, a dificuldade se agrava por não ter em nossa cultura a finitude do ser como uma discussão que faz parte da vida, mas sim como tabu na sociedade ocidental (SILVA; CARDOSO, 2020).

Percebemos através do relato que o paciente junto de seus familiares já vivência pequenas mortes ao longo do adoecimento e do tratamento: a morte do outro que nos remete à angústia do abandono e, posteriormente, a concepção da própria morte faz lembrar a consciência da própria finitude (RIBEIRO, 2008).

A fala sobre a finitude não é sem o sentimento de encontro com a falta e a solidão existencial. O choque rompe com a fronteira corporal e psíquica do indivíduo, fazendo precipitar questões de grande energia libidinal nunca manifestadas. Por exemplo, a incapacidade de expressar sentimentos hostis e demonstrar estarem magoados.

A escuta clínica dá vazão aos afetos e emoções reprimidas ao longo da história de vida do sujeito, fazendo suscitar em nós, analistas, enquanto sujeitos, a consciência do próprio fim. O encontro com a morte faz do que estava latente, emergir de maneira abrupta, trazendo consigo questões-chaves para a boa morte. No enfrentamento da morte cabe, antes de tudo, aceitá-la, para dar sentido ao que está posto.

Diante do encontro com a finitude e a necessidade emergente de fala acerca da morte por pacientes inteirados em seu diagnóstico e quadro clínico oncológico, compreende-se que a escuta analítica, através do manejo da transferência, faz emergir a verdade do sujeito sobre sua própria morte.

Na medida em que o analista escuta, pelo método de associação livre, as angústias do paciente em torno da morte, este se questiona sobre seus feitos em vida. Surge, então, a possibilidade de lidar com as perdas e o retorno aos eventos traumáticos ausentes de significantes na subjetivação do sujeito. E, assim, fazer suscitar o desejo em forma de pergunta.

Pensando em cuidados paliativos, tal saber sobre a própria morte oportuniza ao paciente assumir uma postura sobre o próprio desejo, a escolha de sua história até o fim. O que confere conforto e alívio ao sofrimento não só do paciente, bem como à família e a equipe multidisciplinar que o acompanha, uma vez que viver a experiência de cuidar nesse contexto promove sentido para a finitude de



si. Auxiliar no sentido à vida e à dor do outro torna nossa vida mais rica de sentido, e da morte um entregar-se por inteiro.

Portanto, “se não estivessem solidamente apoiados sobre a certeza de que isto terminará, poderiam suportar esta história?” (LAUREANO, 2015). A nossa única chance de responsabilização sobre o próprio desejo é testemunhando a finitude de nossa existência, acolhendo todo o trágico presente em nossas vidas.

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, E. B. V. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 13-24, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000100003. Acesso em: 1 jun. 2022.
- CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. *Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado*. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.
- CASTRO-ARANTES, J. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 637-662, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016003013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4982016000300637&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2021.
- CASTRO-ARANTES, J. M.; LO BIANCO, A. C. Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2515-2522, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G7QnPBKnWS4zRk8nq8ywZbx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2022.
- CÔGO, M. M. S. *No fio da angústia: a clínica psicanalítica no âmbito do tratamento do câncer infantojuvenil*. 1. ed. São Paulo: Opção Editora, 2016.
- FREUD, S. O estranho. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, [1919] 1996. p. 137-173. V. 17. (Trabalho original publicado em 1919).
- FREUD, S. Além do princípio de prazer. In: FREUD, S. *Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*. São Paulo: Companhia das Letras, [1920] 2011. p. 13-75. V. 18. (Trabalho original publicado em 1920).
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, [1912a] 2010a. p. 147-162. V. 10. (Trabalho original publicado em 2010).



FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, artigos sobre técnica e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, [1912b] 2010b. p. 147-162. V. 10. (Trabalho original publicado em 2010).

FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, [1915] 1980. p. 285-311. V. 14. (Trabalho original publicado em 1980).

FREUD, S. Luto e melancolia. In: FREUD, S. *Introdução ao Narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, (1917 [1915]) 2010. p. 170-194. V. 12. (Trabalho original publicado em 1917 [1915]).

FREUD, S. *Obras completas, volume 17: inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, [1926-1929] 2014. p. 311-339. V. 14. (Trabalho original publicado em 1926).

FERREIRA, D. M.; CASTRO-ARANTES, J. M. Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica: Revista de Psicanálise*, São João Del-Rey, v. 3, n. 5, p. 37-71, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/585/607>. Acesso em 20 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: WWF Martins Fontes, 2017.

LACAN, J. [1975-76]. *O seminário, livro 23: O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, J. *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LAUREANO, P. S. S. A razão vence a seriedade da morte? Trauma e a pulsão em lacan. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, p. 72-89, nov. 2015. DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.5188>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/5188>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MACHADO, L. M. Sobre o porquê da pulsão de morte, na obra de Freud e na psicanálise. *Psicanálise*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 59-73, ago. 2020. Disponível em: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2020-sbppa-psicanalise-v22-n1-6.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

MORETTO, M. L. T. O que se faz quando se faz psicanálise? In: MORETTO, M. L. T. *O que pode o analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

QUINET, A. *As 4+ 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.



RIBEIRO, E. E. *Tanatologia: vida e finitude*. Informações gerais para os módulos: Velhice e Morte, medicina e morte e cuidados paliativos e bioética. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2008.

SILVA, A. C. O discurso do analista como possibilidade da Psicanálise Aplicada no hospital. *Revista da SBPH*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, pp. 166-187, 2017.

SILVA, J. M. P. *et al.* Angústia e somatizações em tempos de pandemia. *Analytica: Revista de Psicanálise*, São João del-Rey, v. 11, n. 20, p. 1-16, 2022. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/analytica/article/view/4015>. Acesso em: 22 ago. 2022.

SMITH, S. M. *et al.* Clinical Cancer Advances 2021: ASCO's Report on Progress Against Cancer. *Journal of Clinical Oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, Alexandria, v. 39, n. 10, p. 1165-1184, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.20.03420> . Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.20.03420>. Acesso em: 15 abr. 2022.

WAKIUCHI, J. *et al.* Reconstruindo a subjetividade a partir da experiência do câncer e seu tratamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, n. 1, p. 125-133, jan./fev. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0332>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KHSn5nh3DPzWm5C9KTt5bZj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 14 fev. 2022.

Editor responsável: Rodrigo de Oliveira Azevedo

Recebido em 28 de Fevereiro de 2022.

Aceito em 18 de Outubro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

LOUREIRO, Livia Thana Santana; GASPAR, Rosita Angélica; RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira. Implicações subjetivas acerca da finitude em pacientes oncológicos: relato de experiência à luz da psicanálise. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 173-187, 2022.





E-mail:
revista@ghc.com.br

Site:
www.revista.ghc.com.br

Fone:
(51) 3357-2823

