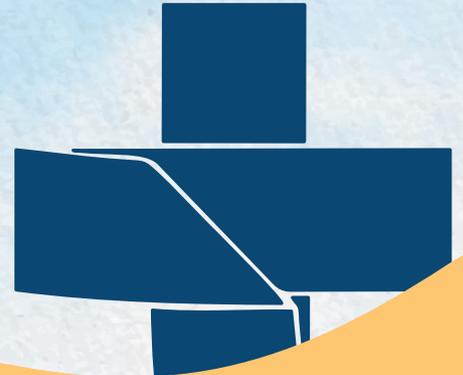




Boletim do Instituto de Saúde
Volume 24 – nº 2 – Dezembro 2023
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



**Mestrado Profissional
em Saúde Coletiva**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP 01314-000
Tel: (11) 3116-8500
www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Eleuses Paiva

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Maritsa Carla de Bortoli

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Samuel Antenor

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde - BIS

Volume 24 - Nº 2 - Dezembro 2023
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação Semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 500 exemplares

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

Portal de Revistas da SES-SP – <https://periodicos.saude.sp.gov.br>

Editor
Samuel Antenor

Editores Científicos
Mariana Tarricone Garcia
Monica Martins de Oliveira Viana
Sonia Isoyama Venancio
Tereza Setsuko Toma
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Evelyn Karla Lira Viana

Concepção e arte da capa
Evelyn Karla Lira Viana

Administração
Bianca de Mattos Santos

Bibliotecária
Tania Izabel de Andrade

Revisão
Fernanda Nascimento

Diagramação e editoração
Beatriz Gomes

Impressão
Colorsisthem

Conselho Editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine - Nova York - EUA

Cláudia Malinverni – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina

Fabiana Santos Lucena – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte-MG - Brasil

Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) - Porto Alegre-RS - Brasil

José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata - Roma - Itália

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza-CE - Brasil

Maria Thereza Bonilha Dubugras – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Mariana Tarricone Garcia – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Monica Martins de Oliveira Viana – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Monique Borba Cerqueira – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP - Brasil

Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Presidente Prudente-SP - Brasil

Sonia I. Venancio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Tereza Etsuko da Costa Rosa – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Sumário

Editorial	3
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde: Síntese das dissertações produzidas de 2011 a 2018	
Silvia Helena Bastos de Paula, Maria Izabel Sanches Costa, Tereza Setsuko Toma.....	5
A formação em saúde que uma política de Estado exige	
Lilian Soares Vidal Terra	15
Equilíbrio postural pelo Mini – Balance Evaluation Systems Test (Mini-BESTest): Aprimoramento de cuidados em hanseníase	
Aline Juliane Pereira da Silva, Denise Pimentel Bergamaschi, Maria Angela Bianconcini Trindade...	23
Educação crítica em diabetes no município de Itanhaém: uma pesquisa-ação amparada pelo pensamento de Paulo Freire	
Amanda Donnangelo Martins, Tereza Etsuko da Costa Rosa	33
Acesso avançado na Atenção Primária de São Bernardo do Campo/SP: Desafios e potencialidades	
Bárbara Navajas de Sá Leite, Mônica Martins de Oliveira Viana	41
O cuidado com a obesidade no Centro de Referência do Idoso da Zona Norte: avaliação de uma intervenção	
Carolina de Campos Horvat Borrego, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Denise Pimentel Bergamaschi	47
A longitudinalidade e o controle da tuberculose: Intervenções de equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo	
Enver Lamarca Oliveira Santos, Suzana Kalckmann.....	59
Conhecimento e aplicação do Guia Alimentar na promoção da alimentação adequada e saudável: estudo com médicos e enfermeiros da ESF	
Hariane Thaine Bueno Rodrigues, Mariana Tarricone Garcia.....	69
Contribuições do diálogo deliberativo na avaliação da implementação de um programa de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	
Josiane Aparecida Melo Faria, Maritsa Carla de Bortoli, Tereza Setsuko Toma.....	79
Desafios e estratégias para implementação de ações pró-amamentação na Atenção Básica, sob a percepção de enfermeiros	
Keite Helen dos Santos, Silvia Helena Bastos de Paula.....	89
Atenção à Crise em Saúde Mental: Narrando Itinerários de Cuidados	
Marinês Santos de Oliveira; Tereza Etsuko da Costa Rosa.....	101

Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama da alimentação infantil no município de Jacareí - SP

Natália da Costa Selinger, Mariana Tarricone Garcia, Sonia Ioyama Venancio..... 109

Avaliação do processo de implementação de um serviço de telefarmácia: Contribuições do diálogo deliberativo

Priscilla Alves Rocha, Maritsa Carla de Bortoli, Tereza Setsuko Toma 121

Omeprazol: um inquérito sobre indicações e estratégias para promoção do uso racional na Atenção Primária à Saúde

Renata Rodriguez Imparato, Tereza Setsuko Toma 129

Agendamentos de consultas na Atenção Primária: síntese de evidências para apoio à decisão da gestão

Sanni Silvino Parente; Maritsa Carla de Bortoli; Cintia de Freitas Oliveira; Bruna Carolina Araújo 137

Estratégias de fortalecimento de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: a experiência de uma Unidade Básica de Saúde

Carla Andrea Trapé, Kátia Regina dos Santos Narciso, Luciana Cordeiro, Emiliania Maria Grando Gaiotto 145

Hospitalizações e óbitos associados à influenza no Brasil: uma estimativa da incidência no período de 2010 a 2016

Francisco José de Paula Júnior, Miguel Angel Descalzo, Jorge Jara, Erica Tatiane da Silva 157

Competências percebidas na condução de rodas de conversas para a promoção da saúde: relato de experiência

Inara Pereira da Cunha, Anna Cândida Barsante Moreno Ortega, Ana Cristina Atz dos Santos, Diego Silva de Castro, Edmundo Rondon Neto, Eliane Kelly Ribeiro da Silva, Jumara Espíndola dos Santos, Maria Bethânia Pereira Alves, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira 171

Análise dos prazos de oferta dos medicamentos incorporados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, entre 2012 e 2016.

Luciana Costa Xavier, Flavia Tavares Silva Elias..... 179

O residente multiprofissional e sua atuação segundo equipes da Atenção Primária à Saúde do Município de Campinas - SP

Samira Pereira Magalotti, Mônica Martins de Oliveira Viana..... 189

Editorial

É com satisfação que apresentamos este número do BIS dedicado às produções do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde que, num movimento interinstitucional, trouxe também contribuições de autoras e autores provenientes de outros programas profissionais de pós-graduação.

Nosso programa foi idealizado com o objetivo de formar profissionais com uma visão crítica das políticas públicas de saúde e para uma prática profissional transformadora, por meio da produção e aplicação do conhecimento científico, visando à solução de problemas ou proposição de inovações para a qualificação dos processos de atenção e gestão do sistema de saúde.

Partindo da análise sobre a produção das quatro turmas egressas do nosso programa, realizada por Paula, Costa e Toma, reforça-se o compromisso com a aprendizagem pela práxis, que é destacado no artigo de autoria de Terra, e que pode ser tomado como o eixo condutor da proposta do Mestrado Profissional.

Na tessitura da produção de práxis emancipatória e de conhecimento com potencial de aplicação no fortalecimento do SUS enquanto política social abrangente, compreende-se que os manuscritos se interconectam no sentido de formular reflexões e propostas que tomam a Atenção Primária à Saúde (APS) como ponto central da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, fortalecem essa estrutura a partir da inclusão de temas e saberes que possibilitam um cuidado ampliado e abrangente a partir deste ponto de atenção. Confluem, portanto, para um SUS tal qual previsto no Movimento da Reforma Sanitária, na aposta de modelos de atenção e de gestão contra-hegemônicos, e conectados com as necessidades da população e dos territórios.

Um importante grupo de artigos desta edição toma a APS como objeto de estudo, com discussões sobre relevantes práticas destas equipes, tais como acesso avançado, agendamento de consultas, cuidado em Consultório na Rua, aplicação do Guia Alimentar

na Estratégia Saúde da Família, análise sobre o uso de medicamentos e considerações acerca de ações sobre aleitamento materno neste nível de atenção. Também apresenta contribuições para a compreensão da saúde do trabalhador e do papel dos residentes na Atenção Primária.

Um segundo grupo de artigos, por seu turno, dialoga com a construção do cuidado ampliado na APS a partir da discussão de temas de interesse para essas equipes, tais como a educação em saúde, grupos voltados para doenças crônicas não transmissíveis, hanseníase, práticas integrativas e complementares, assistência farmacêutica e saúde mental. Para que a APS se fortaleça e passe a protagonizar a coordenação do cuidado em rede, é fundamental que passe a incluir em seu cotidiano esse tipo de saber aqui sistematizado.

Mesmo o grupo de artigos que se referem a outros pontos de atenção traz contribuições relevantes; refere-se a temáticas como vigilância em saúde e práticas dialógicas de implementação de programas, e que podem ser úteis em toda a rede de atenção, incluindo, assim, a APS.

Nesse sentido, a práxis formativa dos alunos demonstra íntima conexão com a práxis da construção do SUS em sua essência transformadora da realidade. Demonstra o caráter disruptivo dos programas de Mestrado Profissional em dar protagonismo aos trabalhadores do SUS, que, como se observam, fazem seu saber a partir do SUS e para o SUS. Atuam em problemas concretos, seja por meio de problematizações ou de proposições que estimulam novas práticas cotidianas.

Organizadoras:

Mariana Tarricone Garcia

Mônica Martins de Oliveira Viana

Tereza Setsuko Toma

Tereza Etsuko da Costa Rosa

Sonia Isoyama Venancio

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde: Síntese das dissertações produzidas de 2011 a 2018

Professional Master's in Collective Health from the Institute of Health: Synthesis of dissertations carried out from 2011 to 2018

Silvia Helena Bastos de Paula^I, Maria Izabel Sanches Costa^{II}, Tereza Setsuko Toma^{III}

Resumo

O Mestrado Profissional (MP) é uma modalidade de pós-graduação que se destaca por sua aplicação prática. O MP deve contribuir para transformar o processo de trabalho e gerar conhecimento científico. Ele promove a integração entre a instituição de ensino e a sociedade, focando na transformação da realidade. Na área da Saúde Coletiva, o MP deve gerar conhecimento com potência aplicável ao Sistema Único de Saúde (SUS). A finalidade do artigo é apresentar uma caracterização das pesquisas dos alunos do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que participaram do programa de 2011 a 2018. Trata-se de uma pesquisa qualitativa-quantitativa, com base na análise documental de 54 resumos das dissertações. Assim, construiu-se um arcabouço, em programa Excel, com categorias sobre a produção e delineamento dessas pesquisas e sua possibilidade de aplicação. Os resultados de 34 estudos apontam para processos de mudanças e ajustes na implementação de políticas e práticas, o que indica a necessidade de preparação dos mestrandos para condução desses processos em ambiências das organizações e de comportamentos profissionais, com vistas à aplicação dos resultados.

Palavras-chave: Produção científica; Mestrado Profissional; Sistema Único de Saúde; Saúde Coletiva.

Abstract

The Professional Master's Degree (MP) is a postgraduate modality that stands out for its practical application. The MP should contribute to transforming work processes and generating scientific knowledge. It promotes integration between the educational institution and society, focusing on reality transformation. In the field of Collective Health, the MP should generate knowledge with applicable power to the Unified Health System (SUS). The purpose of the article is to present a characterization of the research conducted by students of the Professional Master's Program in Collective Health at the Institute of Health, within the São Paulo State Health Department, that completed the program from 2011 to 2018. This is a qualitative-quantitative research, based on the documentary analysis of 54 abstracts from the dissertations of the four cohorts. Thus, a framework was built using an Excel program with categories related to the production and design of these research projects and their potential for application. The results of 34 studies point to processes of changes and adjustments in policy implementation and practices, indicating the need to prepare the master's students for leading change processes within organizational environments and professional behaviors, with a view to the application of the results.

Keywords: Scientific research; Professional Master's Degree; Public Health; Unified Health System.

^I Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, especialista em Saúde da Família, docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (PMPSC/SES-SP).

^{II} Maria Izabel Sanches Costa (izabel.costa@isaude.sp.gov.br) é cientista social e docente do PMPSC/SES-SP.

^{III} Tereza Setsuko Toma (ttoma.ats@gmail.com) é médica, pesquisadora científica VI aposentada, docente do PMPSC/SES-SP.

Introdução

O Mestrado Profissional (MP) é uma forma de pós-graduação que se destaca por sua aplicabilidade prática, em que se almeja transformar o processo de trabalho e gerar conhecimento científico¹. Ele promove a integração entre a instituição de ensino e a sociedade, focando na transformação da realidade. Na área da Saúde Coletiva, o MP tem potencial de aplicação ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os programas de mestrado profissional no país tiveram sua origem nas discussões da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com organismos internacionais e nacionais. Eles foram instituídos pela Portaria nº 47 de 17 de outubro de 1995, substituída pela Portaria 80, de 16 de dezembro de 1998², que por sua vez foi revogada e substituída pela Portaria nº 60, de 20 de março de 2019.³

A Portaria de 1998 apontava para *“a necessidade da formação profissional de pós-graduados aptos a elaborar novas técnicas e processos, com desempenho diferente dos egressos dos cursos de mestrado que visem preferencialmente um aprofundamento de conhecimentos ou técnicas de pesquisa científica, tecnológica ou artística.”*²

Em 2019, a nova Portaria mantém o mestrado profissional e institui o doutorado profissional, enfatizando em seu Artigo 12 a possibilidade de trabalhos de conclusão em *“formatos inovadores com destaque para a relevância, inovação e aplicabilidade desses trabalhos para o segmento da sociedade na qual o egresso poderá atuar.”*³

Seguindo essa modalidade de pós-graduação profissional *stricto sensu*, o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), atuando de modo dirigido para o Sistema Único de Saúde desse estado, criou o Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (PMPSC), vinculado à Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH/SES/SP), aprovado pela CAPES, e que teve seu início em 2011.^{4,5}

O público-alvo do programa são os trabalhadores da área da saúde que atuam nas diversas instâncias da gestão e da atenção à saúde do SUS paulista. O programa contribui na formação desses trabalhadores, de modo que sejam capazes de analisar criticamente

o processo saúde-doença, os serviços e a política de saúde com base no método científico.

A finalidade do artigo é apresentar uma caracterização da produção de pesquisas dos alunos do PMPSC, das quatro turmas que concluíram o curso de mestrado de 2011 a 2018.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa-quantitativa, com base em análise documental, que envolveu a leitura crítica e a interpretação dos resumos das dissertações. Para caracterização da produção dos egressos do programa, foram analisados 54 resumos das dissertações das quatro turmas formadas no PMPSC^{IV}. Para compilação e análise dos dados construiu-se uma matriz, em planilha de Excel, com categorias sobre a produção, delineamento dessas pesquisas e sua possibilidade de aplicação, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias analíticas sobre a produção do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva, Instituto de Saúde (2011 a 2018).

Categoria	Explicação
Ano	Ano de ingresso da turma
Formação	Área de formação do aluno
Palavras-chave	Palavras-chave da dissertação
Objetos	Objetos de pesquisa da dissertação
Desenho do estudo	Metodologia utilizada na pesquisa
Local do estudo	Departamento Regional de Saúde (DRS) em que a pesquisa foi desenvolvida (quando é o caso)
Potencial de aplicabilidade	Aplicabilidade dos resultados da pesquisa no local de trabalho/SUS
Produto gerado	Produtos que contribuem para o desenvolvimento da área de atuação do aluno e aplicabilidade dos resultados da pesquisa (cartilha, plano de trabalho, norma técnica, etc.)

Fonte: Elaboração das autoras.

^{IV} Acesso em <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/formacao/mestrado-profissional/resumos-dissertacoes>

Para a análise, as informações sobre objeto, desenho do estudo e potência de aplicação foram categorizadas por meio da técnica de análise temática⁶. Com base nas unidades de significado identificadas, foram agrupados os trechos em temas, explorando as categorias de estrutura e repercussões. Por fim, foram exploradas as relações entre as categorias, para se compreender os padrões e as conexões existentes no material analisado. Para a análise das palavras-chave, recorreu-se às nuvens de palavras, que são “recursos gráficos nos quais o tamanho das palavras indica sua frequência em hipertextos volumosos”⁷. Em pesquisas qualitativas, as nuvens de palavras podem contribuir na identificação de padrões e temas relevantes.

Resultados

De 2011 a 2018, o programa abriu 15 vagas nas seleções das turmas a cada dois anos, e foram realizadas 54 defesas de teses de dissertação.

Perfil dos participantes do PMPSC, do Instituto de Saúde

Dos 54 alunos que apresentaram as dissertações, 43 (80%) eram do sexo feminino e 11 (20%) do sexo masculino. No que se refere às categorias profissionais, 14 eram enfermeiros (26%); 12 médicos (22%); nove psicólogos (15%); seis farmacêuticos (11%); cinco nutricionistas (9%); quatro odontólogos (7%); dois fisioterapeutas (4%), um biomédico (2%), e um estatístico (2%). O Quadro 2 apresenta os dados de formação dos alunos por ano de ingresso no programa. Identifica-se que os enfermeiros, médicos e farmacêuticos estiveram presentes em todas as edições. A enfermagem teve uma participação com frequência similar em todas as turmas. A área médica teve uma maior expressão em 2014, com quase metade dos alunos. Com exceção de 2014, a área de psicologia foi expressiva nas outras três turmas. Cabe ressaltar que profissionais das áreas conceitualmente consideradas como não biomédicas, como as de ciências humanas, não aparecem.

Quadro 2 – Distribuição dos(as) mestrandos(as) segundo área de formação profissional, por ano de ingresso no programa de mestrado (2011 a 2018).

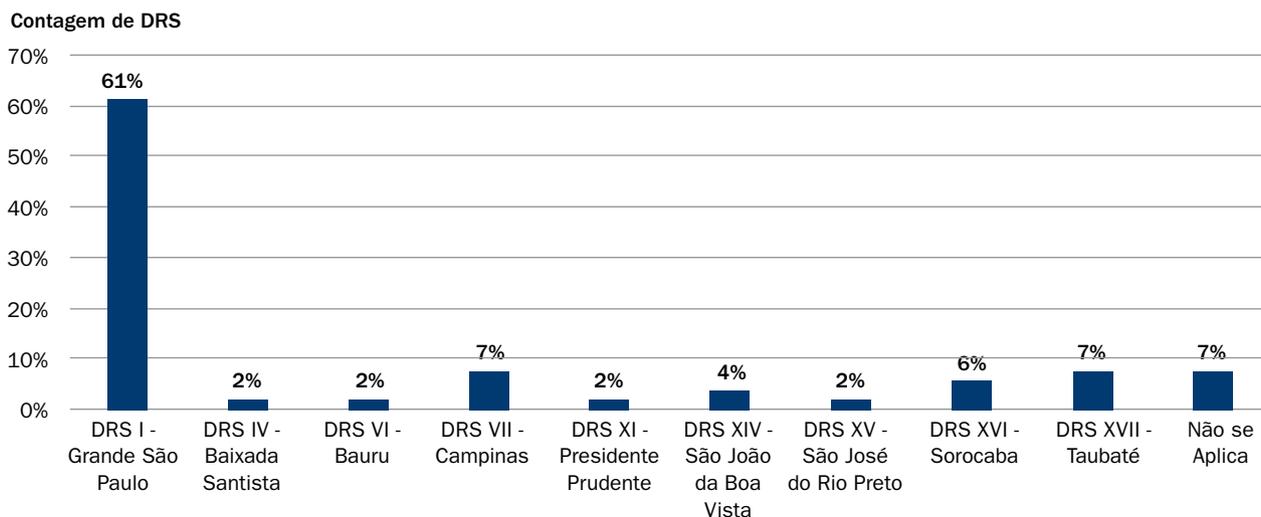
Área de formação	2011	2014	2016	2018
Biomedicina	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8%)
Enfermagem	3 (25%)	3 (21%)	5 (33%)	3 (23%)
Estatística	0 (0%)	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)
Farmácia	2 (17%)	2 (14%)	1 (7%)	1 (8%)
Fisioterapia	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)	1 (8%)
Medicina	2 (17%)	6 (43%)	3 (20%)	1 (8%)
Nutrição	0 (0%)	2 (14%)	1 (7%)	2 (15%)
Odontologia	2 (17%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (15%)
Psicologia	3 (25%)	0 (0%)	4 (27%)	2 (15%)
Total Geral	12 (100%)	14 (100%)	15 (100%)	13 (100%)

Fonte: Elaboração das autoras.

No que se refere ao lugar de origem e aplicação das pesquisas dos alunos, a região da Grande São Paulo foi a que concentrou o maior número de propostas nas quatro turmas, alcançando 61%.

A análise demonstra que as DRS de Campinas, Taubaté e Sorocaba contam com ao menos um representante nas quatro turmas formadas (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos estudos apresentados nas dissertações, conforme departamentos regionais de saúde (2011 a 2018).



Fonte: Elaboração das autoras.

Nota: *A categoria Não se Aplica refere-se aos estudos destinados ao SUS paulista, sem se reservar a nenhuma DRS específica.

Caracterização da estrutura e temáticas dos estudos

A análise dos descritores identificou que o termo Saúde predomina, seguido de Avaliação ligada a variedade de objetos como os relacionados a processos de gestão, de programas, intervenções e implementação. Atenção Básica de Saúde (ABS), Atenção Primária de Saúde (APS), Acolhimento, Acesso, Saúde Mental, Saúde

Materna e Infantil, Saúde do Idoso, Formação de Trabalhadores, Educação em Saúde, Educação Permanente, Nutrição, Gestão de Qualidade de Cuidados e de Serviços, Saúde Materna e Saúde da Criança, Mortalidade Materna e Infantil, Doenças Crônicas e Degenerativas, População em Situação de Rua são os descritores que circundam os temas de saúde coletiva tratados no PMPSC no período em estudo (Figura 1).

Figura 1 – Nuvem de palavras de descritores utilizados nos estudos do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/SES/SP (2011 a 2018).



Fonte: Elaboração das autoras com recursos do Word Desenvolvedor.

A classificação dos temas de pesquisa identificou que sobressaem a *Atenção Primária de Saúde, Saúde Mental, Integralidade do Cuidado, Aleitamento Materno e Nutrição, Saúde da Criança, Formação de Pessoal, Saúde do Idoso, Assistência Farmacêutica e População*

em Situação de Rua (Quadro 3), temas relacionados entre si e ao conjunto de descritores, que se situam em torno das questões de políticas, práticas, intervenções e processos de gestão em saúde.

Quadro 3 – Temas das pesquisas apresentadas nas dissertações (2011 a 2018).

Temas de pesquisa	Total
Assistência Farmacêutica	3
Atenção Básica de Saúde	8
Saúde Mental	8
Integralidade/Redes de Atenção/Linhas de Cuidado	8
Nutrição e Aleitamento Materno	6
Saúde da Criança	4
Saúde do Idoso	2
Formação de Recursos Humanos/Educação Permanente	3
Saúde do Trabalhador	1
HIV/Aids	1
Humanização	1
Bioética	1
Práticas Integrativas e Complementares	1
Tabagismo	1
Saúde do Imigrante	1
Saúde da População em Situação de Rua	2
Vigilância de Sífilis	1
Saúde da Mulher/Pré-natal	1
Saúde Bucal	1
Total	54

Fonte: Elaboração das autoras.

Quanto aos objetivos, os estudos foram relacionados com a atenção à saúde, sob a óptica de gestores, de profissionais da vigilância e de profissionais provedores da assistência. Nos 54 estudos, a intenção foi expressa no Objetivo Geral, do seguinte modo: *Analisar*, 23 (42,5%); *Avaliar*, 12 (22,2%); *Identificar*, 6 (11%); *Conhecer*, 4 (7,4%); *Intervir* (propor, fortalecer e criar), 4 (7,4%), *Analisar Implementação*, 2 (1%); *Descrever*, 2 (1%); *Elaborar síntese*, 2 (1%); outros verbos assinalados

em 6,5 % dos trabalhos incluem: *Investigar, Caracterizar, Fortalecer, Realizar Diagnóstico, Compreender e Refletir*. Cabe explicitar que a categoria *Analisar Implementação* foi apresentada separadamente de *Analisar*, para evidenciar uma linha que tem crescido neste mestrado.

Sobre o delineamento dos estudos, a natureza da produção do mestrado profissional é basicamente composta por pesquisas aplicadas, com pequena parcela de estudos de revisão de evidências e pesquisa

documental. Os autores das produções do PMPSC formularam os seus delineamentos com métodos de diferentes tipos e sequências. Encontraram-se propostas de estudos exploratórios e avaliativos

relacionados a práticas, estratégias, programas e políticas. Quanto à abordagem, os enfoques dos estudos foram qualitativos, quantitativos e quanti-qualitativos (Quadro 4).

Quadro 4 – Classificação das dissertações por níveis das pesquisas produzidas (2011 a 2018).

Abordagem			Classificação quanto aos níveis de pesquisa				Total
Tipos	N	%	Exploratório	Descritivo	Explicativo	Analítico	
Qualitativa	28	51,8	6	9	5	0	20*
Quali-quantitativa	19	35,2	2	5	8	3	18
Quantitativa	7	13,0	2	4	1	0	7
Total	54	100	10	18	14	3	45

Fonte: Elaboração das autoras baseadas na classificação de Gil (2007, p.64-74)⁸.

Nota: *Do total de 28 estudos qualitativos, oito não declararam a classificação do nível da pesquisa.

Dos 54 estudos produzidos no período estudado, foram identificados 28 (51,8%) com abordagem qualitativa, 19 (35,1%) com abordagem quanti-qualitativa e 7 (13%) de estudos quantitativos. Dos 28 estudos de abordagem qualitativa, oito não declararam a classificação do nível da pesquisa, isto é, se apresentaram apenas como pesquisa com abordagem qualitativa.

Quanto à classificação dos procedimentos e fontes, foram identificados: *Pesquisa de Campo*, 10 (18,5%); *Pesquisa Avaliativa*, 9 (16,6%); *Pesquisa Intervenção*, 7 (12,9%); *Pesquisa-ação*, 5 (9,5%); *Estudo de Caso*, 5 (9,5%); *Pesquisa Epidemiológica*, 3 (5,5%); *Pesquisa de Revisão Sistemática e de Síntese de Evidências*, 2 (3,7%).

Repercussões da produção do conhecimento do PMPSC nos serviços de saúde de São Paulo

Das 54 dissertações, 34 (63%) apresentaram possibilidade de aplicação, sendo 22 dessas destinadas à orientação da gestão no que se refere a adequações na organização dos serviços e nos processos de trabalho, planejamento das ações de capacitação, mudanças no fluxo e construção de redes. Onze dissertações abordaram propostas de transformação da política, destinadas à melhoria na Rede de Atenção à

Saúde (RAS), com criação de serviços, formulação e reorientação de políticas. Um estudo discutiu propostas de mudanças no processo de trabalho dos profissionais da linha de frente.

Ainda no que se refere às contribuições dos estudos e aplicações nos seus lugares de origem, foram identificados produtos voltados para formação de equipes e mudanças de práticas, tais como: *Proposta de Capacitação e Ampliação da Pesquisa-intervenção sobre Vigilância e Desenvolvimento Infantil* (2014); *Cardápio para Alimentação Escolar* (2014), para implementação pelo Programa Saúde na Escola, levado aos prefeitos dos demais municípios da regional; *Documento de Recomendações para Gestores sobre Segurança do Paciente Atendido em Laboratórios* (2014).

Os estudos também trouxeram produtos com recomendações: *Aperfeiçoamento na Formação na Residência em Saúde da Família*, debatido no colegiado de gestão da residência (2014); *Proposta de Formação de Apoiadores Institucionais* (2014); *Proposta de Criação de Comitês de Bioética em Hospitais da Zona Leste de São Paulo* (2014); *Cartilha de Indicadores* (2016), construída coletivamente, porém sem descrição quanto à forma de incorporação no SUS, e um *Guia de Orientações para Atendimento Preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados* (2011).

Por fim, houve uma síntese de evidências (2014) que foi discutida com provedores e interessados, com vistas a articular a implementação de ações para reduzir a mortalidade perinatal.

Discussão

Observou-se que a produção dos alunos do PMPSC do Instituto de Saúde é predominantemente voltada à pesquisa aplicada de objetos variados da Atenção Primária à Saúde, com metodologia qualitativa e abordagem descritiva e explicativa. As preocupações estão relacionadas a análises sobre integralidade do cuidado, com acolhimento; a avaliações de indicadores de morbimortalidade, de efetividade, de processos; à atenção em linhas de cuidados, análises e avaliações de práticas de cuidado e de percepções, normas de atendimento; à atenção farmacêutica; acesso; formulação de intervenções; análise histórica de políticas de saúde; implementação de estratégias e programas de saúde; descrição de experiência e à síntese de evidências.

Ao se considerar o perfil epidemiológico de São Paulo, encontram-se explicações para as preocupações dos mestrandos, uma vez que a mortalidade materna ainda elevada segue como forte indicador de falha no pré-natal e de atenção ao parto⁹. A Atenção Básica em Saúde tem sérios problemas de acesso e acolhimento, falta de integralidade, longitudinalidade bastante insuficiente, que demandam forte apelo para ação da Educação Permanente^{9,10}. A saúde mental segue com suas demandas em crescimento na população, sob tentativas de retrocesso e violações dos preceitos da luta antimanicomial¹¹. O crescimento da pobreza e da fome, já em 2018, assinalavam o crescimento de populações em situação de rua e seus problemas de saúde se tornaram preocupações para os mestrandos no período estudado.^{12,13}

Pesquisas que envolvem gestores e profissionais do lugar onde serão desenvolvidas têm sido recomendadas para reduzir os constantes obstáculos de incorporação e aplicação de seus resultados. Estudos demonstram que a modalidade de pesquisa conhecida

como *Embedded research*¹⁴, que envolve pessoas de serviços e organizações não acadêmicas na condição de pesquisadores ou copesquisadores, contribuem para vincular a pesquisa e os pesquisadores à prática e aos profissionais da linha de frente.

Nos últimos anos, estudos de busca de evidências para formulação de políticas e práticas de saúde começaram a se tornar opção de produção de conhecimento¹⁵, o que traz densidade metodológica e confiança nos resultados. Cabe ratificar que, apesar de ainda pequena, esta abordagem tem crescido no PMPSC.

No que se refere à procedência dos alunos e local de estudo, a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) abrange mais da metade. Este dado pode ser explicado pela maior facilidade de acesso por locomoção para o curso, pela concentração de população e de profissionais e serviços na região. Ressalte-se que na capital paulista vivem mais de 25% da população do estado e 5,64% dos habitantes do país, segundo dados do Censo 2022¹⁶. A RMSP é densamente povoada e nela vivem cerca de 21,9 milhões de pessoas, numa região de mais de 95% de urbanização.

Entre as profissões reguladas no país e reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde¹⁷ como categorias de profissionais de saúde, observou-se que prevaleceram no PMPSC aquelas com formação em ciências biomédicas, tendo, entretanto, um número significativo de psicólogos. Outras categorias como assistentes sociais, educadores físicos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, sociólogos, antropólogos, ou com graduação em Saúde Coletiva não estiveram presentes até 2018.

Por fim, cabe frisar que o PMPSC tem proporcionado que seus alunos, profissionais do SUS paulista, desenvolvam habilidades para investigação científica e conhecimento de teorias que permitam ampliar a visão de seu campo de atuação, formando quadros com capacidade de criar inovações no campo da saúde. Isto se torna evidente ao constatarmos que 63% das dissertações produziram propostas de contribuições nos seus locais de trabalho.

Considerações finais

As análises sobre as produções que emergiram do PMPSC do Instituto de Saúde e a possibilidade de aplicação de resultados desses estudos levam a refletir sobre as implicações para o SUS de São Paulo, diante da necessidade de mobilização de gestores, seu apoio e ou decisão política e de mobilização da sociedade para sua efetiva incorporação. Eventuais mudanças de gestão requerem novas pactuações e compromissos na implementação de propostas de egressos do programa.

A gestão da saúde por organizações sociais leva a transtornos na formação dos mestrados, ao prejudicar o vínculo e continuidade do cuidado, em razão de constantes e breves permanências de profissionais em condição de promover a implementação de suas propostas.

Mudanças bruscas de equipe ou seu desmonte, nos lugares dos estudos, podem trazer prejuízos na implementação das propostas oriundas das pesquisas. Esse fator merece discussão ampla com segmentos que representam a gestão dos programas e dos municípios. Entre os estudos realizados, é frequente a referência aos Núcleos de Educação Permanente como possíveis parceiros do processo de implementação de resultados e contribuições dos produtos das pesquisas feitas no PMPSC.

Os resultados de vários estudos apontam para processos de mudança e de ajustes na implementação de políticas e práticas, o que remete para a necessidade de preparação desses mestrados na condução de processos de mudanças em ambientes organizacionais e de comportamentos.

Referências

1. Silva PAD, Del Pino JC. O mestrado profissional na área de ensino. In *Holos S*, vol. 8, 2016, pp. 318-337. [acesso em 13 de julho de 2023] Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4815/481554883026.pdf>
2. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPEs. Portaria Capes nº 80, de 16 de dezembro de 1998. Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências [acesso em 13 de julho de 2023]. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/38974/791613/portaria_80_98_capes.pdf/
3. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPEs. Portaria Capes nº 60, de 20 de março de 2019. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissionais, no âmbito da Coordenação. [acesso em 13 de julho de 2023]. Disponível em : <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2716/portaria-capes-n-60>
4. Nogueira-Martins MCF, Venâncio SI, Rosa TEC, Mondini L. Mestrado profissional em saúde coletiva da coordenadoria de recursos humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo - CRH/SES-SP: concepção, implementação e desafios. *Bis [Internet]*. 2014;15(supl.):13-22 [acesso em 13 de julho de 2023]. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/37340>
5. Venâncio SI, Rosa TEC. Mestrado profissional em saúde coletiva: um programa de formação em defesa do SUS. *Bis [Internet]*. 2019;20(1):21-8 [acesso em 13 de julho de 2023]. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34543>
6. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
7. Vasconcellos-Silva, Paulo; Araujo-Jorge T. *Análise de conteúdo por meio de nuvem de palavras de postagens em comunidades virtuais: novas perspectivas e resultados preliminares*. *CIAIQ2019 v.2 (2019)*: 41-48 [acesso em 26 de julho de 2023]. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2002/1938>
8. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2007. 176p.
9. Dias A, Chead DD, Lima MF, Ricardes R, Santos S. Fóruns de Discussão e Matriciamento de Profissionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o Enfrentamento à Morte Materna e Infantil Durante a Pandemia de COVID-19. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista*. (2021);18(208) [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/36283>
10. Harzheim E et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27:609-617. [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GqTLNsMvbLLJkLPs7sbp9sv/>
11. Vicari T, Lago LM, Bulgarelli AF. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. *Saúde em Debate*. 2022; 46:135-147 [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X9sQzY3Y9ztBwpzfJctqqPH/>

12. Costa, Pedro Henrique Antunes da e Faria, Nicole Costa. “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2021;31(04):e310412 [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412>.
13. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Brasília: IPEA, 2022. 24p. [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf
14. Mota A, Borysow IC. Quanto valem esses corpos? Moradia, pobreza e pandemia na cidade de São Paulo. *NUPEM*. 2021;13(29):257-277 [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://periodicos.unespar.edu.br/index.php/nupem/article/view/5667/3690>
15. Langlois EV, Nhan TT, Ghaffar A, Reveiz L, Becerra-Posada F. Embedding research in health policy and systems in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e68 [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34037>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 70 p. [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf
17. IBGE. Panorama do Censo 2022. [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
18. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 218, de 06 de março de 1997. [acesso em 23 de agosto de 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html

A formação em saúde que uma política de Estado exige

The health training that a state policy requires

Lilian Soares Vidal Terra¹

Resumo

Uma política de Estado para o setor de saúde no Brasil, como se pretende construir por meio do Sistema Único de Saúde, exige grande investimento na força de trabalho, sendo a formação um de seus pilares. No entanto, os processos de ensino-aprendizagem para trabalhadores em saúde tem se configurado em modelos hierarquizados e tecnocráticos estáticos, pautados pela ciência positivista, incapazes de responder aos desafios do sistema. Assim, o presente artigo se propõe a fazer uma crítica à formação hegemônica e refletir acerca do potencial formativo e emancipatório da aprendizagem pela práxis, como pretendem os Mestrados Profissionais em Saúde. Para tanto, analisa processos pedagógicos conduzidos por meio de Grupos Balint-Paideia, pautados na pedagogia construtivista de Gramsci e Freire, que investem no protagonismo dos trabalhadores em formação, além de considerar os atravessamentos subjetivos e de poder presentes em todos os encontros clínicos, de gestão, de formação. Conclui que a formação Paideia se propõe partir de uma pedagogia da autonomia, dedicada a incrementar a capacidade de análise e de intervenção dos próprios sujeitos e inova ao trabalhar com referência aos eixos do saber, afeto e poder, possibilitando uma formação voltada à emancipação dos trabalhadores e ao fortalecimento do SUS.

Palavras-chave: Capacitação de recursos humanos em saúde; Construtivismo (educação); Método Paideia.

Um dos inúmeros legados da pandemia de covid-19 foi a valorização, pela população, do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública. Segundo pesquisa de 2021 do Instituto SOU Ciência – Unifesp, houve um salto de 40% para 62% de brasileiros que atribuem importância altíssima ao SUS, enquanto os que dão importância baixa ou baixíssima caiu de 14% para 9%.¹

Por outro lado, os governos, desde 2016, principalmente nos anos de 2018 a 2022, proporcionaram um desmonte nunca visto nos mais de 30 anos de

Abstract

A state policy for the health sector in Brazil, as is intended to be built through the Unified Health System, requires a large investment in the workforce, with training being one of its pillars. However, the teaching-learning processes for health workers have been configured in static hierarchical and technocratic models, guided by positivist science, unable to respond to the challenges of the system. Thus, this article proposes to criticize the hegemonic training and reflect on the formative and emancipatory potential of learning through praxis, as intended by the Professional Master's programs in Health. To this end, it analyzes pedagogical processes conducted through Balint-Paideia Groups, based on the constructivist pedagogy from Gramsci to Freire, which invest in the protagonism of workers in training, in addition to considering the subjective and power crossings present in all clinical, management and training meetings. It concludes that the Paideia training is a pedagogy of autonomy, dedicated to increasing the trainees' capacity for analysis and intervention and innovates by working with reference to the axes of knowledge, affection and power, enabling training aimed at the emancipation of workers and the strengthening of the Unified Health System.

Keywords: Health human resource training; Constructivist education; Paideia method.

instituição do sistema, com a piora progressiva de diversos indicadores de saúde: agravamento a patamares críticos na redução da cobertura de todas as vacinas; aumento da mortalidade materna, estagnação da mortalidade infantil, que vinha reduzindo, até então, à taxa anual de 0,4%; e aumento de internações de bebês com desnutrição grave, expressando retorno da fome e uma negligência com a primeira infância.²

O enfraquecimento da capacidade de coordenação nacional do SUS, de articulação de políticas e programas de saúde e a fragilização da autoridade sanitária nacional resultaram em uma resposta débil

¹ Lilian Soares Vidal Terra (lilianvterra@gmail.com) é médica, doutora em Saúde Coletiva. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Santo Amaro, pesquisadora do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia da Unicamp.

à pandemia, mas também na desestruturação de políticas e de programas exitosos, como Programa Nacional de Imunizações (PNI), Atenção Básica, Mais Médicos, DST-Aids, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Farmácia Popular, Complexo Industrial da Saúde, entre outros.²

Retomados os rumos democráticos, é hora de nos caminharmos para a almejada consolidação do Sistema Único de Saúde como política de Estado, com um projeto que transcenda os governos de ocasião. Há sinais de que o sistema de saúde brasileiro tem forças para enfrentar o avanço neoliberal sobre os estados e sociedade, potência essa que deriva de uma longa construção do movimento sanitário, composto por movimentos sociais, pesquisadores e pensadores da Saúde Coletiva e trabalhadores do SUS.

É a respeito desses últimos que iremos focar a discussão do presente artigo; afinal, a força de trabalho do SUS foi um dos pilares do sistema ao longo dos anos de pandemia de covid-19, em um governo federal negacionista da ciência, incapaz de coordenar a situação de emergência sanitária^{3,2}. Assim, se afirmamos o potencial para a consolidação de uma política de Estado para a área da saúde no Brasil, e imputamos à força de trabalho parte da responsabilidade por sua resiliência e inventividade, é preciso pensar uma formação para trabalhadores do SUS condizente com tal cenário. A formação em saúde que uma política de Estado exige.

As bases de uma formação para o Sistema Único de Saúde

A formação é tema amplamente discutido no campo da Saúde Coletiva. Reconhece-se que os profissionais de saúde tendem a ser formados em um modelo biomédico hospitalocêntrico, por métodos de ensino tradicionais, de transmissão do conhecimento, hierarquização e compartimentalização do saber. Ademais, como já apontaram Ceccim e Feuerwerker⁴, "As instituições formadoras têm perpetuado modelos

essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico."

Em sentido semelhante, Campos, Cunha e Figueiredo⁵ ressaltam que os processos de ensino-aprendizagem têm se restringido à transmissão de um conhecimento técnico e estático, pautado pela ciência positivista, de um sujeito que o detém para outro que o retém e deve repeti-lo. A seu ver, trata-se de um modelo hierarquizado, com consequente "Reprodução de relações autoritárias e da atitude de passividade frente à realidade, num movimento que tende a se transpor da relação professor-aluno para a relação profissional-paciente"⁵. Os alunos seguem sendo considerados como tábula rasa, vazios de subjetividade, sendo a educação não mais do que um treinamento técnico, um adestramento.

Ainda assim, os dados apontados na introdução nos fazem crer que os trabalhadores do Sistema Único de Saúde têm sido capazes de superar essa limitação e produzir um cuidado em saúde menos alienado⁶. De fato, o cotidiano do trabalho em saúde é espaço privilegiado para repensar a estrutura social, uma vez que o sofrimento e o sintoma se fazem presentes a todo o tempo. Diante da compreensão ampliada de sofrimento, agir coletivamente sobre suas múltiplas causas é a única forma efetiva de produzir cuidado.

Campos, Cunha e Figueiredo refletem que, nesse cenário, a multiplicidade de vozes e visões de mundo proporcionada pelo trabalho em equipe, se tomada efetivamente em sua possibilidade de análise da prática, de discussão dos casos e intervenções, pode se configurar como uma importante instância de formação permanente *in loco*⁵. Cada encontro clínico desperta para a singularidade dos sujeitos e a desnaturalização das condições sócio-históricas, quando se permite um olhar de sensibilidade. Isso desde que seja um trabalho refletido, que se configure em práxis⁶. Ou seja, o *locus* de trabalho exerce um importante papel formativo para os trabalhadores de saúde.

Portanto, além de superar o modelo biomédico cartesiano e positivista de ensino, como propõem

alguns modelos pedagógicos com referencial nas Metodologias Ativas – por exemplo, Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e o Ensino Baseado em Competências^{7,8,9}, é preciso que os cenários de atuação dos trabalhadores em formação sejam incluídos nos processos de ensino-aprendizagem, de forma a não só explorar esse potencial como também promover um olhar crítico sobre a produção do cuidado em saúde.

Há propostas que avançam nesse sentido, como o ensino baseado em comunidades e o ensino baseado no trabalho, incluindo as propostas de mestrado profissional voltado para o SUS. São modelos que consideram o aluno como protagonista de sua aprendizagem e ressaltam a importância do cenário de prática como parte desse processo, aproximando-se da problematização de Freire¹⁰. Nela, o aluno se percebe inserido no mundo, tentando responder a novos desafios e refletindo sobre uma realidade concreta.

A partir dessa identificação de problemas concretos, os formandos buscam compreender as possíveis variáveis envolvidas, as quais deverão investigar por intermédio de livros, pesquisas, entrevistas, questionários. Após essa teorização, havendo uma compreensão multidimensional do problema, partem a levantar hipóteses para solucioná-lo. Por fim, encaminham as decisões tomadas⁵. Diferentemente da ABP, os problemas que devem ser estudados partem de um cenário real, de modo que o ensino e a prática profissional não são dissociados.

Há duas questões, porém, muito caras ao campo da Saúde Coletiva, que escapam aos modelos pedagógicos citados. Falo sobre a reflexão acerca das relações de poder que se estabelecem nos encontros (clínicos, pedagógicos, de gestão etc) e sobre os atravessamentos subjetivos produzidos nas relações de cuidado e de aprendizagem.

A esse respeito, ao propor o Método da Roda, Campos¹¹ sugere que pensemos o mundo do trabalho e as organizações em geral como espaços para construção de novas subjetividades. Ou seja, que "*Por meio da participação no governo, na gestão e na invenção de novas lógicas e estruturas organizacionais, os grupos fossem adquirindo maior capacidade de análise da*

realidade e de si mesmos, bem como maior capacidade de intervenção sobre esta própria realidade".¹¹

Ainda avançando nesta análise, as relações de poder que se estabelecem nos encontros humanos não podem passar despercebidas ou ser naturalizadas quando se pretende uma formação integral.

*A cultura hegemônica se materializa na própria forma de conceber o trabalho, as relações, a gestão e a atenção em saúde, e muito além de identificar e problematizar temas e situações advindos do processo de trabalho, há que se intervir em redes de relações que são permeadas por grandes assimetrias de saber e poder e por lógicas de fragmentação profundamente arraigadas no modo de fazer e pensar a saúde, que podem facilmente capturar iniciativas de mudança que sejam mais isoladas e pontuais.*⁵

Mesmo em modelos pedagógicos que propõem a construção do aprendizado a partir da prática, não há espaço ou incentivo para que o trabalhador em formação reflita sobre as relações de poder que permeiam seu ambiente de trabalho, de forma particular, e o contexto, de forma mais abrangente. Portanto, esses modelos respondem de forma insuficiente ao desafio de promover uma prática emancipadora, com maior capacidade de realização do trabalhador em saúde e provimento de um cuidado com maior grau de autonomia.

Aliás, a dialética alienação/autonomia traz implicações muito singulares ao cuidado em saúde. Segundo Marx¹², a manifestação última do fenômeno da alienação é o não reconhecimento da humanidade, isto é, de si e dos demais como partes da coletividade humana. Na saúde, isso implica o cuidado desumanizado, que coisifica, que não reconhece o outro em seus sofrimentos e suas necessidades^{6,13}. A formação em saúde, longe de promover uma reapropriação dessa humanidade, foca a intervenção biomédica, reiterando o corpo como máquina. Ao contrário, faz-se necessário promover processos formativos que "*contemplem*

também o desenvolvimento de uma sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento, assim como para trabalhar em conjunto e analisar-se permanentemente nessa relação".⁵

Práxis Paideia: um retorno aos referenciais da pedagogia emancipatória

Campos, Cunha e Figueiredo⁵ desenvolveram, a partir do Método da Roda de Campos¹¹ e de experiências pedagógicas conduzidas pelos pesquisadores, o que nomearam como Práxis e Formação Paideia (GP). Desde então, processos pedagógicos se utilizando dessa metodologia – Grupos Balint-Paideia (GBP) vêm sendo produzidos e estudados, com resultados promissores para a formação de trabalhadores para o SUS.^{5,14-19}

Essa proposta parte do modelo dos Grupos Balint²⁰, cujo objetivo é, por meio da discussão de casos mediada pelo chamado líder do grupo, ampliar a capacidade dos médicos de compreender e agir sobre os sofrimentos mentais e sociais de seus pacientes. Em sua formulação, o GBP se utiliza da teoria de Campos¹¹, que parte de referenciais da pedagogia com especial enfoque aos métodos construtivistas, dialógicos, de problematização e estímulo à autonomia, introduzindo modificações aos GP no sentido de produzir efeitos nas dimensões dos afetos, saberes e poder. Objetiva, desse modo, ampliar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos diante de sua prática.

Aproxima-se de Antonio Gramsci ao compreender e promover a inseparabilidade de teoria e prática, trabalho e pensamento; de Lev Vygotsky, com sua educação como processo de apreensão do contexto, mediada pela linguagem (oral ou não), com atenção ao espaço, tempo e às interações sociais e com ofertas que se situem na zona de desenvolvimento proximal, além do "fazer junto" para potencializar o aprendizado; de Jean Piaget, ao propor a experimentação ativa como forma de construção do aprendizado e novamente a relação com o contexto que, não sendo estático, precisa ser singularizado; de Maria Montessori, especial atenção à construção de autonomia e confiança

na capacidade humana de autoeducar-se; de Paulo Freire, na educação dialógica construída em conjunto entre educadores e educandos, por meio da práxis, rompendo com as relações hierárquicas e desvelando a opressão para atuar sobre ela; por fim, de Ivan Illich, com sua aprendizagem como algo a ser construído de forma permanente no decorrer do tempo a partir da relação do aprendiz com um meio que tem sentido, independentemente de instituições formais.²¹⁻²⁷

Traz, ainda, a compreensão da emancipação como processo de apreensão do inconsciente, ao trabalhar as questões subjetivas que emergem na roda e que dizem respeito não só aos sofrimentos relativos ao trabalho em saúde, mas também às transferências, resistências, automatismos, repetições. Uma tentativa de compreender os processos de alienação de cada um, do grupo e da sociedade e atuar a partir deles.

Nesse sentido, Campos, Cunha e Figueiredo⁵ salientam a importância de considerar a dialética da coprodução dos sujeitos, produtos e produtores do social. Ou seja, compreender a subjetividade em entendimento homólogo ao inconsciente capitalista²⁸. Isso é, *"para além da dimensão intrapsíquica individual, mas concebê-la em sua dimensão social e política. O agir concreto dos sujeitos sobre o mundo, produzindo mudanças no mundo e no próprio sujeito."*⁵

Em pesquisa conduzida entre os anos de 2018 e 2022, que incluiu a revisão dos processos formativos ocorridos entre 2007 e 2016, algumas reflexões e apontamentos acerca da formação Paideia foram construídos e serão desenvolvidos a seguir.

Em primeiro lugar, importa ressaltar que as experiências com a formação por meio dos Grupos Balint-Paideia vêm demonstrando, sistematicamente, resultados positivos no que diz respeito a deslocamentos subjetivos dos sujeitos em formação. Em todas elas, o efeito mais ressaltado pelos participantes das pesquisas tem sido uma maior capacidade de reflexão e ação sobre as questões subjetivas que atravessam o trabalho em saúde, seja nos encontros clínicos, nas discussões entre pares ou na lida com a instituição.

Por outro lado, ainda que uma maior consciência e compreensão acerca da dimensão do poder

estejam presentes ao longo dos anos de experiência com a formação Paideia, poucas ações concretas foram produzidas no sentido de questionar ou modificar as relações de poder que permeiam os diversos cenários²⁹. Considerando que a distribuição de poder entre os atores sociais desfavorece os trabalhadores, o que é ainda agravado pela precarização das condições de trabalho com progressiva fragilização dos vínculos, é esperado que haja pouca ação questionadora. Ainda assim, há espaço para ações coletivas, e se pretendemos consolidar o SUS como política de Estado é preciso fortalecê-las, residindo aí um grande desafio a que as formações para o SUS precisam se dedicar.

Ficou explicitado que o processo pedagógico se dá por meio de encontros sistemáticos entre cada grupo em formação, com a mediação de um apoiador, para discutir casos clínicos ou institucionais trazidos do cotidiano de trabalho, como também alguma oferta teórica pertinente ao tema da formação, seja ela uma especialização, capacitação, aprimoramento, ou mesmo um processo perene de educação permanente. De modo a garantir, no Grupo Balint-Paideia, o espaço de troca, a multiplicidade de pensamentos e experiências, mas ao mesmo tempo uma ambiência que permita a expressão de todos, deve-se refletir cuidadosamente sobre o número de participantes. As conformações em torno de 15 a 20 membros têm sido potentes. No mesmo sentido, uma periodicidade semanal parece mais favorável à construção do vínculo e à continuidade da troca entre os membros.

Outra importante estratégia pedagógica se refere ao papel do apoiador (em outras referências: docente, facilitador, supervisor... A escolha pela nomeação como apoiador, porém, não é somente semântica). Cabe a ele promover a regularidade dos encontros, a construção e explicitação de um contrato grupal, o manejo de situações que interfiram no funcionamento do grupo, a circulação da palavra, o manejo dos conflitos, a escuta ativa das demandas grupais, o compromisso com a autenticidade e com o sigilo sobre os conteúdos manifestados no grupo. Sugere-se que este papel seja exercido por mais de uma pessoa, de modo que

se apoiem e complementem e estejam também sob análise uns dos outros.

No manejo de um grupo, em sua função de suporte e impulso (portanto, apoio), conforme Onocko Campos, cabe ao apoiador dois agrupamentos de tarefas: (1) facilitar a interação do grupo e apoiar suas análises, permitindo que as pessoas possam se expressar e refletir sobre o 'problema' em questão, sobre o que o 'problema' desperta no grupo, sobre como lidam com ele no cotidiano; (2) ao mesmo tempo, introduzir novos conceitos, categorias e recursos que subsidiem o grupo na formulação de ações para intervir no 'problema' analisado e produzir mudanças práticas na direção da implementação de ações que estão compartilhando.^{5,19,30}

Nessas tarefas, o apoiador deve colocar em evidência tanto as multiplicidades de olhares e valores quanto o senso comum, fazendo emergir o que subjaz no debate. Tal qual em um *setting* de análise, pretende-se aqui produzir certos desconfortos que possam desencadear um processo de devir. Não fugir do conflito, mas mediá-lo para que os participantes da roda sintam desestabilizar sua inserção em um modo de existência esgotante, contaminando-os com novos conflitos que direcionem a novos modos de funcionamento, seja na vida pessoal ou no cotidiano de trabalho.

O apoiador, neste sentido, assemelha-se a um analista, e tal qual o analista, necessita de um espaço de supervisão. Assim, ao longo do processo pedagógico, é imprescindível que haja reuniões de supervisão, para que se discuta o progresso dos grupos, os atravessamentos, as transferências, colocando os apoiadores e a formação também em análise.

Outra estratégia se assenta na importância de se confiar na capacidade dos alunos de construir seu processo de aprendizagem, tal qual nos ensina Maria Montessori²⁶, para tanto, investindo no ambiente de aprendizagem. Dessa maneira, propõe-se um exercício de construção de autonomia e aumento da capacidade de cogestão visando à instituição de relações pessoais e institucionais mais democráticas e da clínica ampliada e compartilhada como forma de atuação dos participantes. A construção de autonomia

passa, certamente, por uma postura participativa na construção do processo pedagógico.

Na discussão teórica pertinente ao tema da formação, recomendam-se estratégias de pedagogia ativa, fornecendo algumas indicações de bibliografia para cada tema como base para o debate. Importa promover um debate crítico sobre o tema em estudo, com a livre circulação da palavra e as intervenções pontuais dos apoiadores.

Essa opção pela metodologia ativa pretende, conforme Freire¹⁰, Vygotsky²³ e Piaget²⁵, valorizar o conhecimento prévio dos trabalhadores e responsabilizar todos os membros do grupo em todos os temas discutidos, estimulando maior participação. Desse modo, articula o processo de formação com a realidade e as demandas de cada grupo, propiciando a configuração de comunidades de aprendizagem, onde os alunos trazem elementos de sua prática para a análise e discussão, conforme Gramsci²¹, trocando experiências e construindo o aprendizado a partir da multiplicidade de contextos, pontos de vista e modos de fazer, potencializando a construção coletiva das intervenções.

Ainda com inspiração gramsciana, outra importante estratégia dos Grupos Balint-Paideia é justamente a construção do aprendizado a partir da práxis. Como dissemos anteriormente, o processo produtivo do cuidado exerce um importante papel formativo para os trabalhadores de saúde. E para que essa formação seja consciente e refletida, é preciso que o trabalhador esteja imiscuído de um olhar crítico sobre si mesmo, sobre os valores previamente construídos, que tenha alguma percepção de seu inconsciente, estruturado a partir do capitalismo e estruturante dele. É preciso também que considere o conjunto de conhecimento já consolidado que orienta seu trabalho, desde que sempre numa postura crítica, como também parta de suas concepções prévias, assumindo e questionando as crenças e valores na composição das novas formas de percepção do mundo.⁵

Assim, aos processos formativos, cabe proporcionar a pausa necessária à reflexão, que raramente será feita no cotidiano tensionado de trabalho, com

sobrecarga, escassez de tempo e pressão por produtividade. E ao promoverem esses espaços e essa cultura da práxis, estimulem os trabalhadores a manter um *locus* permanente de aprendizagem e reflexões, transformando as reuniões de equipe e os espaços democráticos de gestão em rodas dialógicas de aprendizado. É na coletividade que os seres humanos se potencializam, tornam-se capazes de transformar a opressão em direção a alternativas mais solidárias³¹. É também na roda que se formam os vínculos afetivos, essenciais para qualquer troca ou aprendizado.¹¹

Enfim, caso o modelo de processo formativo demande uma avaliação dos participantes (por exemplo, um curso de especialização que necessite graduar os alunos com notas), sugere-se uma avaliação formativa e/ou apresentação de alguma intervenção realizada ao longo do processo pedagógico. Além disso, para que o participante tenha mais facilidade de perceber seu processo de transformação e para que o apoiador tenha a possibilidade de identificar as singularidades da trajetória de cada um, sugere-se que sejam produzidos diários de campo contendo as reflexões sobre o grupo, os casos apresentados, a teoria discutida e seu caminho de aprendizagem.

Considerações finais

A consolidação do Sistema Único de Saúde como política de Estado e seu fortalecimento diante de um cenário de sufocamento das políticas públicas e drenagem de recursos passa necessariamente pela formação crítica capaz de fazer enfrentamento a essa ordem social. No sentido desse enfrentamento, os trabalhadores do SUS têm demonstrado capacidade de resistir e mesmo inovar, tal como na pandemia de covid-19.

Os investimentos no potencial da força de trabalho do SUS passam necessariamente pela formação, mas não nos moldes tradicionais, focados no modelo biomédico e em formatos hierárquicos e passivos. É importante dar protagonismo aos formandos e considerar os atravessamentos subjetivos e de poder presentes em todos os encontros clínicos, de gestão, de formação.

A formação Paideia, por outro lado, se propõe a partir de uma pedagogia da autonomia, dedicada a incrementar a capacidade de análise e de intervenção dos próprios sujeitos. Inova ao trabalhar com referência aos eixos do saber, afeto e poder, possibilitando uma formação voltada à emancipação dos trabalhadores e ao fortalecimento do SUS. Desse modo, apresenta-se como proposta pedagógica privilegiada para a construção de projetos pedagógicos em programas como os de Mestrado Profissional.

Conflito de interesses

Eu, Lilian Soares Vidal Terra, autora responsável pela submissão do artigo científico, certifico que não possuo quaisquer conflitos de interesses relacionados ao artigo. Declaro também que não recebi qualquer apoio financeiro ou material para o desenvolvimento da pesquisa que resultou na elaboração do manuscrito.

Referências

1. Sou Ciência. Apoio ao SUS cresceu para todos, especialmente entre os mais ricos. Sou Ciência [internet]. Unifesp; 2021 [acesso em 2 jun. 2023]. Disponível em https://souciencia.unifesp.br/images/PDFs/info_SUS_2.pdf.
2. Chioro A, Costa AM. A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia. Saúde debate [internet]. 2023 [acesso em 20 maio 2023];47(136):5-10. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8624>.
3. Lotta G, Nunes J, Fernandez M, Correa MG. The impact of the COVID-19 Pandemic in the frontline health workforce: perceptions of vulnerability of brazil's community health workers. Health Policy OPEN [internet]. 2022 [acesso em 20 maio 2023]; 3:100065. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590229621000368>.
4. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2004; 14 (1): 41-65.
5. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
6. Terra L. O médico alienado: reflexões sobre a alienação do trabalho na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Hucitec; 2018.
7. Batista RS, et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2013 [acesso em 9 set 2020]; 18 (1): 159-170. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100017>.
8. Siqueira Batista R, Batista RS. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. Ciênc. Saúde Colet. [internet] 2009 [acesso em 9 set 2020]; 14 (4): 1183-1192. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400024>. P.1189-90
9. Batista KB, Gonçalves OS. Formação dos profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. 2011; 20 (4): 884-899.
10. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
11. Campos GWS. Um método de análise e Co-gestão de coletivos. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
12. Marx K. Manuscritos Econômico-filosóficos. Ranieri JJ, tradutor. São Paulo: Boitempo; 2010.
13. Gomes RM, Schraiber LB. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. Interface comun. saúde educ. [internet]. 2011 [acesso em 9 set 2020]; 15: 339–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S14>.
14. Castro CP. Avaliação da utilização do método de apoio Paidéia para a formação em saúde: clínica ampliada e cogestão [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2011
15. Castro CP, Campos GWS. Apoio institucional Paidéia como estratégia para educação permanente em saúde. Trab. educ. saúde. 2014; 12 (1): 29-50.
16. Cunha GT. Grupos Balint-Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica [tese]. Campinas: Unicamp; 2009.
17. Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010. 417p. [acesso em 9 set 2020]; Disponível em : https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43319/manual_das_praticas_de_atencao_basica.pdf;jsessionid=D-F64BE595F20278452929B7417CE665A?sequence=2
18. Figueiredo MD. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação [tese]. Campinas: Unicamp; 2012.
19. Oliveira Viana MM, Campos GWS. 2018. Formação Paidéia para profissionais do Apoio matricial: uma

estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. Cad. saúde pública. 2018

20. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1987.

21. Puy F, Pescarmona V. Antonio Gramsci y una Educación desde una perspectiva revolucionaria. Semanario Ideas di Izquierda [internet] 2020 [acesso em 08 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.laizquierdadiario.com/Antonio-Gramsci-y-una-educacion-desde-una-perspectiva-revolucionaria-158942>.

22. Monasta, Attilio. Antonio Gramsci/Attilio Monasta; tradução: Paolo Nosella. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010. 154 p.: il. – (Coleção Educadores); p. 3, p. 34, p. 24. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me4660.pdf>

23. Ivic, Ivan. Lev Semionovich Vygotsky/Ivan Ivic; Edgar Pereira Coelho (org.). Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010. 140 p.: il. (Coleção Educadores); p. 22, p. 24. Disponível em: <https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-122414/lev-semionovich-vygotsky>

24. Oliveira MK. Vygotsky: alguns equívocos na interpretação de seu pensamento. Cad. pesqui. 1992; 8: 67–69.

25. Munari A. 2010. Jean Piaget. Recife: Fundação Joaquim Nabuco: Ed. Massangana.

26. Terneiro MOV. O trabalho docente na educação infantil: revisitando e refletindo sobre as contribuições de alguns pensadores que nos ajudam a olhar e compreender a criança. Revista Humanidades e Inovação. 2019; 16 (15).

27. Gajardo, Marcela. Ivan Illich/Marcela Gajardo; tradução e organização: José Eustáquio Romão. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010. 150 p.: il. (Coleção Educadores). Disponível em: <https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-119861/ivan-illich>

28. Tomšič S. The Capitalist Unconscious: Marx and Lacan. London: Verso; 2015.

29. Viana MMO, Terra, LSV. Formación Paideia en atención primaria: análisis de la democracia institucional y las relaciones de poder en las prácticas laborales en salud. Salud Colectiva [internet]. 2021 [acesso em 10 jun 2023]; 17: e3298. Doi: 10.18294/sc.2021.3298>.

30. Onocko Campos RT. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, organizadores. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 122-49.

31. Freire P. Pedagogia do oprimido. 70. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2019.

Equilíbrio postural pelo Mini – Balance Evaluation Systems Test (Mini-BESTest): Aprimoramento de cuidados em hanseníase

Postural balance by the Mini-Balance Evaluation Systems Test (Mini-BESTest): Improvement of leprosy care

Aline Juliane Pereira da Silva^I, Denise Pimentel Bergamaschi^{II}, Maria Angela Bianconcini Trindade^{III}

Resumo

Introdução: A hanseníase, doença infectocontagiosa crônica, pode provocar diminuição da sensibilidade e alterações motoras com comprometimento do equilíbrio. Um instrumento de avaliação clínica chamado Mini-BESTest é aplicável ao diagnóstico e acompanhamento do comprometimento do equilíbrio postural. **Objetivo:** Avaliar o equilíbrio dinâmico em pessoas com hanseníase pelo desempenho no Mini-BESTest nos subsistemas: ajuste postural antecipatório; respostas posturais reativas; orientação sensorial e estabilidade na marcha. **Métodos:** Aplicou-se o Mini-BESTest em 54 usuários do SUS, em seguimento para hanseníase e em Avaliação Neurológica Simplificada (ANS). O Grau de Incapacidade Física (GIF), obtido pela ANS, classificou as pessoas com presença e ausência de incapacidade. Utilizaram-se escores do Mini-BESTest relativos ao total de pontos por subsistema. **Resultados:** A análise univariada indicou que idades maiores apresentaram escores menores e a análise multivariada mostrou que a ANS é importante na explicação dos escores, controlando-se sexo e idade, onde escores menores, nos quatro subsistemas, ocorreram entre pessoas com incapacidade. **Conclusões:** O Mini-BESTest indica diminuição do equilíbrio dinâmico entre pessoas com hanseníase, com incapacidade física. Seu uso pode orientar a prática clínica do fisioterapeuta. Potencial de aplicabilidade: O Mini-BESTest, método barato, de fácil e rápida aplicação, é capaz de contribuir para o aprimoramento dos cuidados em hanseníase.

Palavras-chave: Equilíbrio postural; Fisioterapia; Hanseníase.

Abstract

Introduction: Hansen's disease is a chronic infectious and contagious illness that can cause decreased physical sensitivity and motor changes. The Mini-BESTest is an instrument for the clinical assessment of body balance. **Objective:** We propose to evaluate the performance of the Mini-BESTest regarding dynamic balance in people with Hansen's disease in the following subsystems: anticipatory postural adjustment, reactive postural responses, sensory orientation and gait stability. **Methods:** The Simplified Neurological Assessment (SNA) was used to classify the presence or absence of disability, and the Mini-BESTest scores related to the total points per subsystem was applied to 54 SUS (Brazilian Unified Health System) users. **Results:** By way of univariate analysis it was found that older ages had lower scores. The multivariate analysis indicated that the SNA is important in explaining the scores controlling for sex and age, where lower scores occur among people with disabilities in the four subsystems. **Conclusions:** The Mini-BESTest indicates a decrease in the dynamic balance among people with Hansen's disease, with physical disability, its use can guide the clinical practice of the physiotherapist. Potential applicability: The Mini-BESTest, a cheap method that is easy and quick to apply, is capable of contributing to the improvement of care for Hansen's disease.

Keywords: Postural balance; Physiotherapy; Hansen's disease.

^I Aline Juliane Pereira da Silva (alinejuliane77@hotmail.com) é fisioterapeuta, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; atua no Programa Municipal de Controle da Hanseníase no município de Sorocaba-SP.

^{II} Denise Pimentel Bergamaschi (denisepb@usp.br) é bacharel em Estatística, PhD em Epidemiologia; professora doutora do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo.

^{III} Maria Angela Bianconcini Trindade (mabtrindade@gmail.com) é dermatologista e hansenologista, mestre e doutora em Medicina pelo Departamento de Dermatologia da UNIFESP pesquisadora científica nível VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado Saúde de São Paulo, atuando no LIM56, Dermatologia, HCFMUSP.

Introdução

A hanseníase, doença infectocontagiosa crônica, se apresenta, em especial, por manifestações neurológicas e dermatológicas. O acometimento de ramúsculos e troncos neurais periféricos de face, mãos e pés pode ocasionar alterações sensitivas e motoras^{1,2}. Tal comprometimento torna a hanseníase uma das principais causas de neuropatia periférica não traumática, sendo um importante problema de saúde pública nos países endêmicos como o Brasil.^{1,3}

A perda da sensibilidade protetora leva ao maior risco de lesões, o que torna a anestesia a principal causa de incapacidade na hanseníase. Alterações motoras podem ocorrer, levando a paresias, paralisias e atrofia muscular, condições essas que associadas a alterações sensitivas expõem os membros a estresses e pressões anormais, levando a lesões teciduais, ulcerações de pele, reabsorções ósseas, deformidades articulares e amputações^{3,4}. O diagnóstico das incapacidades físicas baseia-se nos achados obtidos por meio da Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), sendo possível avaliar o Grau de Incapacidade Física (GIF), medida indicadora de alterações relacionadas à lesão neural provocada pelo bacilo.^{5,6,7}

Alterações do equilíbrio postural em hanseníase têm sido pouco estudadas. Pessoas com hanseníase, quando comparadas às saudáveis, apresentaram diminuição do equilíbrio postural ao serem submetidas a testes de integração sensorial e avaliadas por meio de plataforma de força.^{8,9,10}

Para identificar qual ou quais subsistemas de equilíbrio apresentam anormalidades capazes de provocar déficits no controle postural foi desenvolvido o *Balance Evaluation Systems Test* (BESTest), com o objetivo de auxiliar na melhor escolha para intervenção terapêutica¹¹. Com base nesse instrumento, foi elaborado o *Mini Balance Evaluation Systems Test* (Mini-BESTest), voltado para avaliação mais sintética do equilíbrio dinâmico, correspondente aos subsistemas: 1) Transições e ajustes posturais antecipatórios; 2) Respostas posturais reativas; 3) Orientação sensorial, e 4) Estabilidade na marcha¹². Ressalta-se que o Mini-BESTest é um método simples e fácil de ser

aplicado. O treinamento está disponibilizado gratuitamente pela autora do teste, bem como as instruções por escrito, que são bastante claras e detalhadas.¹²

O cuidado com as pessoas com hanseníase deve abranger estratégias de prevenção e reabilitação. Dessa forma, a avaliação do equilíbrio postural, por meio de um teste exequível para a prática clínica, como o instrumento Mini-BESTest, poderá diagnosticar e orientar o tratamento na presença de alterações no equilíbrio postural e, com isso, fornecer subsídios para que programas de atenção às pessoas com hanseníase sejam aprimorados, fortalecendo o cuidado integral.

O objetivo deste estudo é analisar a potencialidade do Mini-BESTest de contribuir na avaliação de comprometimento do equilíbrio dinâmico nos subsistemas de ajuste postural antecipatório, resposta postural reativa, orientação sensorial e estabilidade na marcha, em pessoas com diagnóstico de hanseníase.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal de setembro a novembro de 2019, no município de Sorocaba, São Paulo. Inicialmente, avaliou-se a elegibilidade das pessoas com diagnóstico de hanseníase ou em acompanhamento após alta medicamentosa ou em investigação diagnóstica, agendadas para a realização de consulta de ANS, conforme protocolo do Ministério da Saúde (MS).⁶

Foram consideradas elegíveis as pessoas com diagnóstico confirmado de hanseníase, excluindo-se aquelas em investigação diagnóstica e as com diagnóstico de hanseníase; menores de 18 anos; em episódio reacional; com úlcera plantar; com restrição motora ou cognitiva que impossibilitasse a realização do Mini-BESTest.

Nos registros da vigilância epidemiológica, levantaram-se dados sociodemográficos como idade; sexo/gênero, e raça/cor. Por meio da anamnese, obtiveram-se dados acerca de doenças associadas; medicamentos em uso; tratamento prévio de reabilitação do equilíbrio postural, e histórico de quedas.

Por meio da ANS, as pessoas com GIF 1 e 2 foram agrupadas devido ao pequeno número de ocorrências, sendo analisados dois grupos: sem (GIFO) e com (GIF1 e 2) incapacidade física.

A avaliação do equilíbrio postural obtida por meio da observação do desempenho do participante durante a realização das 14 atividades do Mini-BESTest foi pontuada pela pesquisadora de acordo com os critérios preestabelecidos do teste. A caracterização dos participantes foi realizada por meio de análise descritiva, apresentando-se o número e porcentagem das características sociodemográficas e dos antecedentes clínicos.

Para análise da ANS, a distribuição dos participantes foi apresentada segundo a presença ou ausência de incapacidade, com intervalo de confiança (IC) (95%), e para a proporção de incapacidade física, segundo a estrutura física (olhos, pés e mãos), com avaliação de associação pelo teste qui-quadrado de Pearson. Os escores médios, desvio padrão e IC (95%), segundo o subsistema do equilíbrio dinâmico, resumem os resultados da aplicação do Mini-BESTest.

Para a avaliação da associação entre os escores do Mini-BESTest e as variáveis idade (<60 anos e 60

e mais) e sexo, realizou-se a comparação das distribuições do escore por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney, uma vez que o escore não seguia distribuição normal. Também não ocorria homogeneidade de variâncias nas categorias das variáveis idade e sexo, por meio da utilização do teste de Levene.

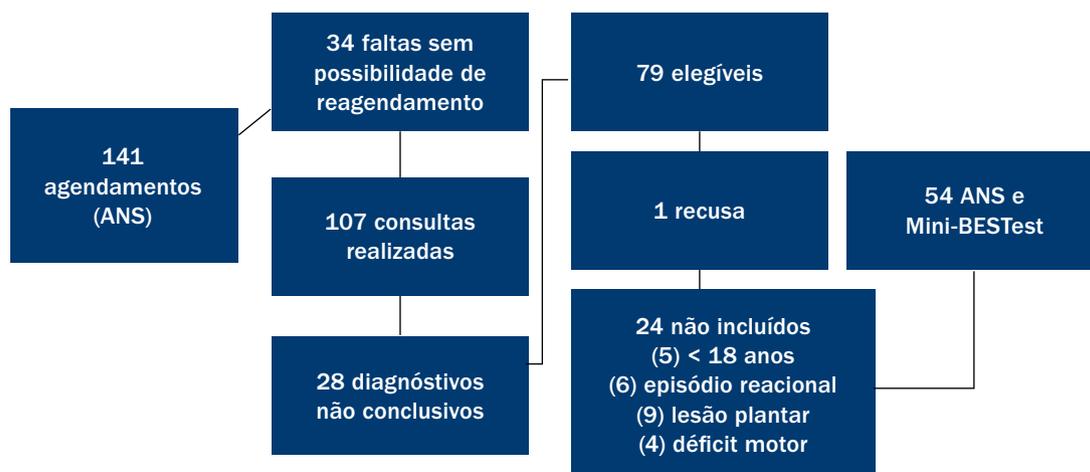
Para investigar a explicação da variabilidade dos escores resultantes da aplicação do Mini-BESTest, realizou-se análise de regressão, considerando-se o escore como variável dependente e, como independentes, o resultado da ANS (com e sem incapacidade), a idade (<60 anos e 60 e mais) e o sexo.

O modelo de regressão linear múltipla foi utilizado incluindo-se as variáveis que indicavam associação na análise uni-variada. Utilizou-se o valor de p para tomada de decisão estatística.

Resultados

Atenderam aos critérios de inclusão 54 pessoas com diagnóstico de hanseníase, de um total de 141 agendamentos para consulta de ANS, detalhamento apresentado em fluxograma na Figura 1.

Figura 1 – Composição da amostra. Sorocaba/SP, setembro a novembro, 2019.



A amostra ($n = 54$) que representa a população de estudo foi composta por indivíduos abaixo de 60 anos (63%), a mesma proporção de homens e mulheres,

sendo que pouco mais da metade (55,6%) referiram raça/cor parda/preta.

Na anamnese, os 54 participantes relataram como antecedentes clínicos: 1) Comorbidades, por 40 (74,1%); 2) Uso regular de medicamentos por 36 (66,7%) pessoas, sendo que destes, 15 (27,8%) faziam uso de quatro drogas ou mais, além da poliquimioterapia (PQT); 3) Nenhum participante declarou ter passado por qualquer tratamento para reabilitação do equilíbrio postural nos 12 meses que antecederam o teste; 4) 38 pessoas (70,4%) declararam não ter sofrido nenhuma queda nos 12 meses que antecederam a avaliação.

Dos 54 participantes com diagnóstico de hanseníase, 95 % eram multibacilares, das formas dimorfa (44 ou 82%) e virchowiana (7 ou 13%), e 3 (5%) paucibacilares, da forma tuberculóide. A ANS indicou que para as 54 pessoas estudadas, 29 (53,7%) não apresentaram incapacidade física (GIF0) e 25 (46,3%)

tinham alguma incapacidade física (GIF1, n = 6; GIF2, n = 19). Observou-se a presença de associação entre GIF e estrutura comprometida (teste Exato de Fisher, $p < 0,001$), sendo 38,9% com incapacidades nos pés, 31,5% nas mãos e 7,5% nos olhos.

Para a análise, optou-se por agrupar as categorias GIF1 e 2, devido ao número de participantes (olhos: GIF1, n = 1; GIF2, n = 3; mãos: GIF1, n = 3; GIF2, n = 14; pés: GIF1, n = 13; GIF2, n = 8). Observou-se diferença estatisticamente significativa entre o GIF e a estrutura avaliada (olhos, mãos e pés) ($p < 0,001$); os intervalos de confiança indicam que as proporções de pessoas afetadas nas mãos e nos pés são semelhantes (por haver sobreposição de valores), sendo menor a proporção daqueles com incapacidade nos olhos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição, pela ANS, de participantes com e sem incapacidade, segundo estrutura avaliada por número, porcentual e intervalo de confiança. Município de Sorocaba-SP, setembro a novembro, 2019.

Estrutura avaliada	Sem incapacidade		Com incapacidade		Total		IC (95%)
	N	%	N	%	N	%	IC (95%) Com incapacidade
Olhos	50	92,6	4	7,4	54	10,0	(0,5 – 14,5)
Mãos	37	68,5	17	31,5	54	10,0	(19,1 – 43,9)
Pés	33	61,1	21	38,9	54	10,0	(25,9 – 51,9)

Nota: Teste de associação qui-quadrado de Pearson=15,2; $p < 0,001$.

Entre os 21 participantes que apresentavam incapacidade nos pés, 16 (76,2%) tinham alteração da sensibilidade plantar, sendo essa a mais frequente neste estudo, acometendo 29,6% do total (n = 54).

No Mini-BESTest, os subsistemas são avaliados por um número diferente de itens para cada seção, sendo necessário reparametrizar a pontuação para a proporção do escore obtido relativo ao total por subsistema, vezes 100. Assim, um participante com escore 4,

em um total de 6, obteve um escore de 75%. A Tabela 2 apresenta os escores médios, IC (95%) e desvio padrão do desempenho, segundo o Mini-BESTest para quatro subsistemas do equilíbrio dinâmico.

Observou-se escores de desempenho físico maiores entre os participantes sem incapacidade e semelhantes nos quatro subsistemas. Os escores entre os participantes com incapacidade variam entre 65,7% e 85,1, sendo menores, pela análise dos IC, que entre os sem incapacidade.

Tabela 2 - Distribuição de participantes avaliados pelo Mini-BESTest resumida pela média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, segundo subsistemas. Município de Sorocaba-SP, setembro a novembro de 2019.

Subsistemas (n = 54)	Sem incapacidade (n = 29)		Com incapacidade (n = 25)	
	Média (%) IC (95%)	Desvio padrão	Média (%) IC (95%)	Desvio padrão
Ajuste postural antecipatório (x/6) x 100	94,8 (91,5 – 98,1)	9,0	68,7 (59,6 – 77,8)	23,2
Resposta postural reativa (x/6) x 100	96,6 (93,2 – 99,9)	9,3	78,7 (70,8 – 86,6)	20,1
Orientação sensorial (x/6) x 100	98,3 (96,4 – 100)	5,2	85,3 (79,3 – 91,4)	15,5
Estabilidade na marcha (0-10) (x/10) x 100	95,2 (92,2 – 98,2)	8,3	74,0 (68,6 – 79,4)	13,8

Tabela 3 - Distribuição de participantes avaliados pelo Mini-BESTest, resumida pela média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, segundo subsistema. Município de Sorocaba-SP, setembro a novembro de 2019.

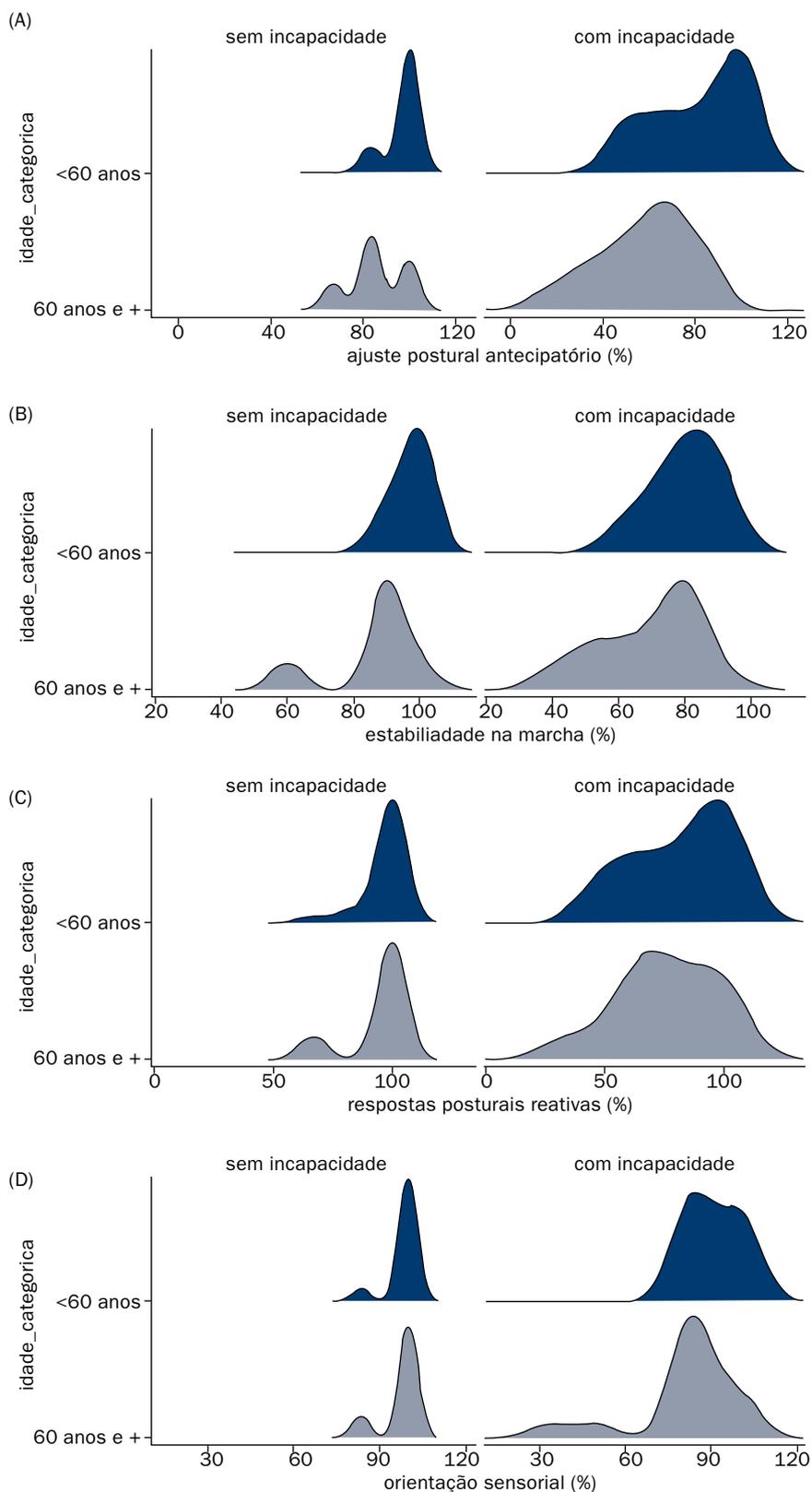
Subsistemas (n = 54)	Idade (anos)		Valor de p*	Sexo		Valor de p*
	<60	60 ou +		Masculino	Feminino	
	Mediana	Mediana		Mediana	Mediana	
Ajustes posturais antecipatórios	100,0	66,7	<0,001	83,3	100,0	0,094
Respostas posturais reativas	100,0	83,3	0,032	100,0	100,0	0,833
Orientação sensorial	100,0	83,3	0,005	100,0	100,0	0,467
Estabilidade na marcha	95,0	80,0	0,005	80,0	90,0	0,030

*Teste de Mann-Whitney.

A investigação de associação entre escore (Mini-BESTest), segundo subsistemas, e as variáveis idade e sexo está apresentada de modo resumido na Tabela 3 e Figura 2. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os escores médios para os quatro subsistemas e idade classificada em dois grupos,

sendo que os participantes com 60 anos ou mais apresentaram escores menores para todos os subsistemas. Para a variável sexo, foi observada diferença estatisticamente significativa para o subsistema estabilidade na marcha, indicando que entre participantes do sexo feminino os escores são maiores.

Figura 2 – Distribuição do escore de desempenho físico avaliado pelo Mini-BESTest segundo presença de incapacidade, avaliada pela ANS, e idade. Sorocaba-SP, 2019.



O modelo de regressão indica existência de associação entre o escore obtido por meio do Mini-BESTest e o resultado da ANS. Para a idade, a associação está presente nos subsistemas ajuste postural antecipatório e estabilidade na marcha (Quadro 1).

O ajuste dos modelos, avaliado pelo índice R^2 , indica que para o primeiro e último subsistemas uma parte considerável da variabilidade do escore de desempenho físico pode ser explicada por meio das variáveis idade e presença de incapacidade física (Quadro 1).

Quadro 1- Informações dos modelos e seus ajustes para os subsistemas.

	Fonte de variação	GI*	SQ*	QM*	F*	p*	R ² *
Ajuste postural antecipatório	Incapacidade	1	4555,8	4555,8	19,891	<0,001	0,522
	Idade	1	3553,5	3553,5	15,515	<0,001	
	Resíduo	51	11680,7	229,0			
Resposta postural reativa	Incapacidade	1	3114,0	3114,0	13,284	<0,001	0,273
	Idade	1	204,6	204,6	0,873	0,355	
	Resíduo	51	11955,4	234,4			
Orientação sensorial	Incapacidade	1	1350,5	1350,5	11,349	0,001	0,306
	Idade	1	419,8	419,8	3,528	0,066	
	Resíduo	51	6069,1	119,0			
Estabilidade na marcha	Incapacidade	1	3386,6	3386,6	32,901	<0,001	0,590
	Idade	1	979,0	979,0	9,511	0,003	
	Sexo	1	123,0	123,0	1,195	0,279	
	Resíduo	51	5146,6	102,9			

*GI – Graus de liberdade; SM – Soma de quadrados; QM – Quadrado médio; F – Estatística do teste, F-Snecor; p – Valor; R² – Coeficiente de determinação.

Discussão

O estudo apresenta os resultados da avaliação do equilíbrio postural em quatro subsistemas (ajustes posturais antecipatórios, respostas posturais reativas, orientação sensorial e estabilidade da marcha) obtidos por meio do Mini-BESTest em pessoas com hanseníase, com e sem incapacidade física, diagnosticadas pela avaliação neurológica simplificada.

O equilíbrio postural em pessoas com hanseníase tem sido estudado por métodos não acessíveis aos serviços públicos de saúde, nos quais o cuidado é normalmente realizado^{8,9,10}. No entanto, a utilização do Mini-BESTest nesses serviços é bastante viável, uma vez que o material utilizado para a sua aplicação

(cadeira com braço, rampa com 10° de inclinação, bloco de espuma de densidade média, duas caixas de sapato empilhadas e cronômetro) é, em geral, disponibilizado nos equipamentos de saúde, sendo de baixo custo para aquisição¹². Pela experiência do estudo, o tempo médio para avaliação por meio do Mini-BESTest foi de 14 minutos e as orientações a respeito das tarefas de desempenho físico foram facilmente compreendidas e realizadas pelas pessoas.

O estudo envolveu pessoas em seguimento no Programa Municipal de Controle da Hanseníase do Sistema Único de Saúde (SUS) de Sorocaba, com idade média de 56,5 anos (dp = 14,6), sendo 67% abaixo de 60 anos; distribuição não semelhante ao

relatório nacional do MS de 2021, que apresenta maior proporção de pacientes acima de 50 anos. Outra característica discordante é a razão de sexos, que se apresentou de modo semelhante neste estudo, mas no panorama nacional, a proporção é maior entre pessoas do sexo masculino em todas as faixas etárias e principalmente acima de 60 anos, onde a diferença alcança 20%. Há concordância na distribuição de autodeclaração de brancos e pardos com os resultados de estudos relacionados à hanseníase, que apontam predomínio da raça/cor branca, seguida pela parda, preta e amarela.¹³

O GIF se apresentou de modo associado à idade, tendo sido registrado em 60 anos ou mais a maior frequência de incapacidade física. Isso pode ser explicado pelo processo natural de imunossenescência, que torna esse grupo populacional mais suscetível a desenvolver as formas multibacilares da hanseníase, levando a maior chance de evoluir com incapacidades.¹⁴

A complexidade do controle postural, dependente de interações entre componentes neurais e musculoesqueléticos na presença de hanseníase, pode ser afetada pelo comprometimento dos sistemas somatossensorial e visual, da amplitude de movimento articular, da força muscular, da base de suporte e na relação entre essas, ocasionando alterações do equilíbrio postural.^{15,16,17}

Pela diminuição ou perda da informação do sistema somatossensorial (somatossensação) nos pés, como os presentes em pessoas com incapacidade, ocorre alteração do *input* sensorial, contribuindo para o déficit de respostas motoras frente a mecanismos de desestabilização. Tem-se ainda que alguns receptores periféricos dos membros inferiores exercem função moduladora de reflexos musculares e seu comprometimento pode favorecer a diminuição de mecanismos de controle postural.^{15,17}

No presente estudo, pessoas com incapacidade física apresentaram escores de equilíbrio dinâmico menores para os quatro subsistemas avaliados, indicando seu comprometimento. A alteração do subsistema ajuste postural antecipatório indica dificuldades

na manutenção da estabilidade frente à perturbação do equilíbrio, devido à movimentação voluntária. O principal recurso para a manutenção do equilíbrio durante pequenos deslocamentos é a estratégia de tornozelo. Para que essa estratégia seja realizada com êxito, a articulação do tornozelo deve ter amplitude de movimento e força muscular normais, condições essas comprometidas em pessoas com incapacidade física de pés.^{15,17,18}

A alteração evidenciada no subsistema resposta postural reativa pode ser explicada pelos efeitos de neuropatia periférica de membros inferiores, frequentemente associada a atrasos na elaboração e modulação de resposta muscular a perturbações externas. Para execução de respostas posturais reativas, o sistema somatossensorial é o que mais fornece informações sensitivas com o intuito de manter a postura (comparado ao visual e vestibular), sendo possível que a ocorrência de incapacidades físicas nos pés explique os valores menores do escore observados nesse subsistema.^{16,17}

A avaliação do subsistema orientação sensorial capturou a dificuldade na realização da repesagem sensorial, que consiste no aumento do peso das informações de sistemas íntegros quando um dos sistemas sensoriais (somatossensorial, vestibular e visual) não fornece informação com exatidão ao sistema nervoso central, como no caso da hanseníase, quando há presença de neuropatia periférica com diminuição da somatossensação e/ou da acuidade visual.^{16,17}

Diversas estruturas atuam na manutenção da estabilidade na marcha. Ao que diz respeito às estruturas estudadas nessa pesquisa, pode-se suspeitar que a diminuição da somatossensação em pés e tornozelos, como as encontradas nas pessoas com incapacidade, comprometeu a variação dos padrões de locomoção, por limitar a capacidade de adaptação às tarefas e ao ambiente durante a marcha. Do ponto de vista biomecânico e motor, a integridade articular e muscular é essencial para que as fases de apoio e balanço ocorram de modo que a estabilidade seja mantida. A presença de incapacidade nos pés pode ter ocasionado dificuldade em manter a estabilidade

durante a marcha, refletindo em escores menores ao se promover a avaliação pelo Mini-BESTest.¹⁹

Os achados desse estudo corroboram pesquisas que encontraram alterações no equilíbrio postural em pessoas com manifestações relacionadas à neuropatia periférica de membros inferiores, ocasionadas pela hanseníase ou por outras doenças.^{16,20,21}

A integração dos sistemas sensoriais e a sua capacidade de adaptação frente às diferentes condições e estímulos proporcionados durante a realização das mais diversas tarefas diárias são cruciais para alcançar de forma precisa respostas motoras para a manutenção do equilíbrio.¹⁸ A avaliação proposta pelo Mini-BESTest permite conhecer, em parte, como ocorrem essa integração e respostas, no que diz respeito ao sistema nervoso periférico, em geral comprometido nas fases avançadas da hanseníase.

Os resultados deste estudo confirmam o potencial do Mini-BESTest como instrumento que captura alterações nos subsistemas, mostrando-se capaz de orientar a prática clínica do fisioterapeuta no acompanhamento das pessoas com incapacidades relacionadas à hanseníase, no que se refere ao equilíbrio postural. Além disso, contribui para aprofundar o conhecimento a respeito do comprometimento ocasionado pela neuropatia periférica, orientando as ações voltadas para o cuidado em hanseníase, um problema de saúde pública que é agravado pela incapacidade.²²

Este trabalho traz novos questionamentos a respeito da reabilitação do equilíbrio postural de pessoas com hanseníase e o uso de tecnologia apropriada ao tratamento e acompanhamento.

Conclusões

A avaliação do equilíbrio em hanseníase tem sido pouco realizada, e o Mini-BESTest se mostrou sensível para identificar alterações nos subsistemas do equilíbrio dinâmico de pessoas com hanseníase, podendo orientar a prática clínica do fisioterapeuta e melhorar o cuidado.

Referências

- 1- Lastória JC, Abreu MAMM. Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects-Part 1. *An Bras Dermatol* [internet]. 2014 [acesso em 09 mar 2019];89(2):205. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142450>
- 2- Earla P. Long lasting disease: leprosy. *J Infect Dis Ther* [internet]. 2015 [acesso em 09 mar 2019];3(2). Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/c8d3/0080aef5465c5bbe0d874406de28ad17ef14.pdf?_ga=2.43934949.192278104.1552171544-523550231.1552171544
- 3- Sarubi JC, Shibuya MD. Neuropatia na Hanseníase. In: Lyon S, Grossi MAF, editores. *Hanseníase*. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 143–58.
- 4- Duerksen F. Reabilitação. In: Opromolla DVA e Baccarelli R, editores. *Prevenção de Incapacidade e Reabilitação em Hanseníase*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2003. p.3-4.
- 5- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016 [internet]. 2018 [acesso em 12 mar 2019]; 49(4). Disponível em: <http://portal.arquivos2saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseníase-publicacao.pdf>
- 6- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Guia prático sobre hanseníase [internet]. 2017 [acesso em 10 mar 2019]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_.
- 7- Santos AR, Ignotti E. Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. *Ciênc. Saúde Colet* [internet]. 2019 [acesso em 24 mai 2019]; Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevencao-de-incapacidade-fisica-por-hanseníase-no-brasil-analise-historica/17077?id=17077>.
- 8- Mercadante FA. Avaliação do controle postural em portadores de hanseníase [tese]. [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010 [acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-20012011-111933/>
- 9- Mendes AZ, Concicovski D, Malacarne JM, Domingos KC, Serozini LL, Albuquerque CE, e col. Equilíbrio postural em pacientes com sequelas de hanseníase. *Hansenol Int*. 2014;39(1):3–7.
- 10- Viveiro LAP, Vieira JOM, Trindade MAB, Tanaka C. Balance control is compromised in patients with leprosy. *Lepr Rev*. 2017;88(2):237–43.
- 11- Horak FB, Wrisley DM, Frank J. The balance evaluation systems test (BESTest) to Differentiate Balance Deficits. *Phys Ther*. 2009;89(5):484–98.
- 12- Franchignoni F, Horak F, Godi M, Nardone A, Giordano A. Using psychometric techniques to improve the balance evaluation systems test: the mini-BESTest. *J Rehabil Med* [internet]. 2010 [acesso em

03 mar 2019];42(4):323–31. Disponível em: <https://medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-0537>

13- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [internet]. (Boletim Epidemiológico de Hanseníase;51). 2021 [acesso em 10 agosto 2021]; Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hanseniaze-2021>

14- Rocha MCN, Nobre ML, Garcia LP. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). *Cad Saúde Pública*. 2020;36(9):1–14.

15- Garbino JA, Opromolla DVA. Fisiopatogenia das Deficiências Físicas em Hanseníase. In: Opromolla DVA, Baccarelli R, editores. *Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2003. p. 13–24.

16- Horak FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls? *Age Ageing* [internet]. 2006 [acesso em 10 mar 2019];35(2):7–11. Disponível em: https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/35/suppl_2/ii7/15654

17- Shumway-Cook A, Wollacott MH. *Controle motor teorias e aplicações práticas*. 3. ed. Barueri: Editora Manole; 2010a.

18- Horak FB, Macpherson JM. Postural orientation and equilibrium. In: Rowell LB, Shepherd JT, editores. *Handbook of Physiology*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 255–92.

19- Shumway-Cook A, Wollacott MH. *Controle motor teorias e aplicações práticas*. 3. ed. Barueri: Editora Manole; 2010b. p.301-332.

20- Martinelli AR, Mantovani AM, Nozabiel AJL, Ferreira DMA, Fregonesi CEPT. Alterações dos parâmetros da marcha e déficit sensório-motor associado à neuropatia diabética periférica. *Acta Fisiátrica*. 2014;21(1):36–40.

21- Carlos AG. Fatores relacionados ao prejuízo do controle postural em idosos com diabetes mellitus tipo 2 [internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016 [acesso em 04 mai 2019]. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24600/1/AdrianaGuedesCarlos_DISSERT.pdf.

22- WHO – World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2021: moving towards interruption of transmission. *Weekly Epidemiological Record* [internet]. 2022 [acesso em 10 abr 2023];36(9). Disponível em: <http://www.who.int/wer>.

Educação crítica em diabetes no município de Itanhaém: uma pesquisa-ação amparada pelo pensamento de Paulo Freire

Critical education in diabetes in Itanhaém city: an action research supported by theory of Paulo Freire

Amanda Donnangelo Martins^I, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo

Introdução: O diabetes mellitus tipo 2 (DM) atinge centenas de milhões de pessoas e representa um grande desafio para os sistemas de saúde. Diferenciando-se das principais diretrizes de educação em diabetes, a educação popular em saúde no SUS adota uma abordagem pedagógica crítica. **Materiais e Métodos:** Pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação baseada no modelo freireano de Círculos de Cultura em uma Unidade de Saúde da Família no município de Itanhaém-SP. **Resultados e Discussão:** Pessoas com diabetes e profissionais de saúde discutiram temas relacionados à DM, com foco em alimentação saudável, políticas públicas e determinantes sociais de saúde. **Conclusão:** A pedagogia crítica resolveu situações cotidianas e se mostrou capaz de progredir para temas complexos de ordem político-estrutural que favorecem o aperfeiçoamento e o enfrentamento das iniquidades sociais.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Educação em saúde; Métodos pedagógicos; Pesquisa participativa baseada na comunidade.

Introdução

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2), pandemia que acomete cerca de 537 milhões de indivíduos adultos no mundo e mais de 10 milhões no Brasil, é motivo de preocupação entre profissionais e gestores de saúde em razão de sua elevada morbimortalidade e custos crescentes aos sistemas de saúde^{1,2,3}. Por se tratar de uma condição crônica de abordagem terapêutica complexa, intervenções de promoção e prevenção em saúde têm se destacado, com fatores relacionados ao

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes mellitus (DM) affects hundreds of millions of people and represents a major challenge for health systems. Differing from the main diabetes education guidelines, popular health education in the SUS adopts a critical pedagogical approach. **Materials and Methods:** qualitative research of the research-action type based on Freire's model of Culture Circles in a family health unit (USF) in the city of Itanhaém-SP. **Results and Discussion:** People with diabetes and health professionals discussed topics related to DM, focusing on healthy eating, public policies and social determinants of health. **Conclusion:** Critical pedagogy resolved everyday situations and proved capable of progressing to complex political-structural issues that favor improvement and the confrontation of social inequalities.

Keywords: Diabetes mellitus; Health education; Teaching methods; Community-based participatory research.

estilo de vida assumindo protagonismo nos programas de educação em saúde.³

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), assim como os *guidelines* publicados por associações de relevância internacional como American Diabetes Association (ADA) e Association of Diabetes Care & Education Specialists (ADCES), fundamentam seus capítulos de educação em saúde em mudanças individuais de estilo de vida^{3,4,5,6,7}. A normatização de comportamentos e hábitos de bem-viver, valorizando o diagnóstico de problemas e planejamento de ações de forma objetiva a partir da utilização de escalas e métodos de mensuração, encaminha a uma abordagem pedagógica tecnicista de forte componente behaviorista e ideologia liberal^{8,9,10}. Em contraposição, o II Caderno de Educação Popular em Saúde orienta que as práticas

^I Amanda Donnangelo Martins (amandadmartins@hotmail.com) é médica endocrinologista, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde.

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública, pesquisadora científica e professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS/SP

de educação popular no SUS valham-se da pedagogia crítica para, respeitando o saber popular e concebendo um ambiente democrático e emancipatório, enfrentar as iniquidades sociais, promover a saúde como exercício da cidadania e fortalecer o SUS.¹¹

A Pedagogia Crítica tem no educador Paulo Freire seu principal teorizador no Brasil. Os Círculos de Cultura elaborados pelo autor consistem em encontros educativos destinados à superação da *curiosidade ingênua* pela *curiosidade epistemológica* por meio da apreensão crítica da realidade e da incorporação do saber científico^{12,13,14}. Para tal, a ação educativa parte do entendimento de que o objeto de estudo existe na realidade do educando e que o conhecimento obtido com a aproximação de ambos da vivência prática (*curiosidade ingênua*) deve ser respeitado e apreciado a partir de uma rigorosidade metodológica^{12,13,14}. Neste primeiro momento, a visão dos educandos é considerada *focalista/localista*, pois os indivíduos estão imersos em uma dada realidade, o que não os permite divisar questões maiores que cercam, influenciam ou determinam aquela condição.¹³

Freire descreve a complexidade das temáticas como círculos concêntricos, nos quais quanto mais internos os círculos, mais particulares são os temas, de modo que para se ter uma visão de temas mais complexos é necessário *emergir* da realidade concreta por meio da abstração¹³. O processo de *emersão* se dá com o *diálogo* e possibilita a identificação de *situações-limite* a serem ultrapassadas no alcance do *inédito viável*. Apesar das *situações-limite* serem realidades objetivas, nem sempre o educando tem consciência de sua existência, uma vez que *coisificados* na condição de *ser menos*, desconhecem sua historicidade e seu potencial transformador do mundo.¹³

A *educação dialógica* é libertadora pois, superando as *situações-limite* mais particulares e avançando em complexidade aos círculos mais externos, proporciona ao indivíduo a apreensão do *Tema fundamental* – temática maior que envolve todas as outras – que é a *Opressão*^{13,14,15}. A cada vislumbre do *inédito viável* (realidade transformada) o indivíduo se insere novamente na realidade afim de transformá-la, *humanizando-se* (readquirindo a condição de *ser mais*).^{13,14,15}

Este artigo teve como objetivo relatar a criação coletiva de um programa educativo em diabetes por meio da Pedagogia Crítica no município de Itanhaém.

Materiais e Método

Estudo realizado a partir de uma pesquisa qualitativa participante, do tipo pesquisa-ação. A pesquisa-ação caracteriza-se pelo movimento, de modo que as fases de exploração, colocação dos problemas, discussão teórica, formulação de hipóteses, coleta e análise dos dados não necessitam de rigor no ordenamento sequencial das ações^{16,17}. A narrativa reflexiva, técnica utilizada para descrever os resultados, opera acessando o processo reflexivo na ação, oportunizando a mudança na trajetória do projeto conforme novos sentidos são experienciados¹⁸. Foram analisadas modificações nos planos pessoal e interpessoal.¹⁷

Realizamos seis encontros para educação em diabetes em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Itanhaém-SP, empregando a pedagogia crítica baseada no modelo freireano de Círculos de Cultura. Nestes encontros, estavam presentes pessoas com DM ou seus familiares e profissionais de saúde que atuam da unidade. A participação nas reuniões era voluntária e a presença ou ausência não acarretava em benefícios adicionais ou prejuízos aos envolvidos. O grupo não era fixo, com entrada e saída de participantes a cada encontro. Apesar da dificuldade técnica em lidar com esta condição e dos possíveis prejuízos à análise dos dados, optamos pelo caráter democrático condizente com a pesquisa-ação.^{16,17}

Os círculos de cultura foram assim organizados: 1) levantamento da temática significativa; 2) descodificação e redução dos temas pela pesquisadora; 3) codificação e apresentação dos temas reduzidos ao grupo para problematização; 4) descodificação dos temas pelo grupo e constituição de novo conhecimento; 5) identificação de novos temas geradores. A cada reunião, este processo se repetia e o tema discutido no encontro seguinte era uma associação entre alguma temática levantada no primeiro encontro e os novos temas surgidos durante as problematizações.

Todos os participantes foram informados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre conteúdo e objetivos da pesquisa e receberam uma cópia deste documento com o contato da pesquisadora.

Resultados e Discussão

Durante a fase exploratória, visitamos algumas USF do município de Itanhaém até a decisão pela USF Grandesp. Após participar de quatro reuniões do grupo Hipertensão já existente na unidade, em conjunto com a equipe, optamos pela criação de um grupo específico para o desenvolvimento deste estudo, uma vez que estava em atividade debruçava-se sobre diversas ações educativas, assistenciais e sociais.

Um encontro preliminar ocorreu apenas com os profissionais de saúde, a fim de apresentar as características e objetivos da pesquisa e alinhar a execução do projeto naquele espaço. Nesta ocasião, fixamos os encontros às quintas-feiras pela manhã, quinzenalmente, com duração de 60-90 minutos e início às 9:30 horas. O número de participantes foi irrestrito e a equipe da USF foi responsável por convidar a população a participar, observando, sempre que possível, a máxima diversidade etária, de sexo, escolaridade e renda. O nome BomDia foi sugerido nesta data e aprovado pelos participantes na reunião seguinte.

O primeiro encontro do grupo BomDia dedicou-se ao levantamento das Temáticas Significativas. Cada um dos 19 participantes recebeu uma prancheta com algumas folhas de papel sulfite colorido. A pesquisadora aplicou um questionário verbalmente e os participantes foram orientados a escrever anonimamente respostas curtas, uma por página. O questionário abordou identidade, atividades rotineiras, rede de apoio, preocupações, dúvidas, temores, arrependimentos e esperanças. Ao término, as folhas foram organizadas em um grande mural na parte externa da USF.

Abraçando todos os temas, fizeram-se presentes as noções de culpabilidade pela doença e diminuição da qualidade de vida por restrições – muito frequentemente restrições alimentares. Alguns dos relatos

foram: “ficar sem comer muitas coisas que gosta”, “preocupada com a alimentação”, “o que comer?”, “nunca mais vou poder comer doce?”, “cuidar da alimentação”, “o alimento correto”, “tirar o açúcar de vez”, “será que eu posso comer um bolo ou sorvete?”, “comeu mal”, “ter abusado de certos alimentos”.

Tangenciando as teses relacionadas à alimentação, destacaram-se o sentimento de tristeza ao diagnóstico de uma condição crônica, a esperança de cura, o patriarcado e a sobrecarga da mulher no cuidado, a rejeição a serviços e profissionais de saúde e o medo da insulino terapia e das complicações crônicas da doença. Alguns dos encontros se debruçaram sobre estes outros temas, mas a alimentação correntemente retornava como mote principal dos debates.

A nutrição se fez presente pela primeira vez ainda no encontro inaugural, realizado apenas com profissionais de saúde. Naquele momento, ao enfatizar o caráter transprofissional do projeto, a pesquisadora utilizou como exemplo a importância de conhecer o conteúdo do Guia Alimentar para a População Brasileira na atuação de toda a equipe, em especial dos agentes comunitários de saúde (ACS)^{19,20}. Citando a introdução do documento:

*“Almeja-se que este guia seja utilizado nas casas das pessoas, nas unidades de saúde, nas escolas e em todo e qualquer espaço onde atividades de promoção da saúde tenham lugar, como centros comunitários, centros de referência de assistência social, sindicatos, centros de formação de trabalhadores e sedes de movimentos sociais”.*²⁰

O guia compreende a alimentação saudável como um direito humano básico e aborda não apenas o conteúdo nutricional dos alimentos, mas também o ato social e cultural do comer e o impacto do modo de produção e distribuição do alimento na sociedade e no meio ambiente e, juntamente com as recomendações nutricionais da SBD, foi a principal referência bibliográfica para o embasamento científico e o desenvolvimento dos círculos de problematização.^{20,3}

A vivência da pesquisadora direcionava para a complexificação das discussões no sentido das microssferas de poder, utilizando o conceito foucaultiano de biopoder^{21,22}. Com o propósito de discutir o “eu posso comer?” nesse contexto, dois encontros foram elaborados. O primeiro deles foi a reunião seguinte, denominada Dona Júlia.

No encontro Dona Júlia, as temáticas “rejeição a serviços e profissionais de saúde” e “esperança de cura” foram devolvidas na forma de um teatro. Os participantes receberam a história de Dona Júlia, uma personagem feminina de 65 anos que acabara de receber o diagnóstico de DM2 e procurava o pronto-socorro para atendimento. O nome foi escolhido em referência ao bairro no qual se localiza a USF (bairro Santa Júlia) e a personagem foi construída a partir das características preponderantes no encontro Mural. Os participantes dramatizaram a situação e expuseram suas preocupações com o diagnóstico e críticas ao SUS.

Uma vez que a pesquisa-ação não tem uma rota preestabelecida e sua edificação se dá no decorrer do estudo, nosso compromisso era não negligenciar dúvidas que se mostrassem importantes aos participantes no processo, mesmo que desviassem temporariamente da linha principal do trabalho. O grupo dedicou-se a investigar questões clínicas cotidianas como sintomas; valores de normalidade da glicemia, cetoacidose e o medo de hipoglicemias. As críticas se direcionaram à qualidade da atenção prestada por profissionais de saúde e ao tempo de espera em unidades de pronto atendimento.

Apesar de não ser o foco inicial da reunião, pelo fato de ter sido realizada em dezembro, as ceias de Natal e Réveillon estiveram presentes como aflições do grupo:

“Eu como com tanto medo que no outro dia amanheço com hipoglicemia!”

“Quando você olha aquela mesa farta, aí vem o pecado da gula! Você olha e você não resiste àquela coisa gostosa”.

Neste momento, o grupo começou a se debruçar sobre a desnecessidade da pessoa com diabetes

ter uma alimentação apartada de seus familiares, a formação do hábito alimentar brasileiro e a cultura do exagero alimentar, importada da sociedade estadunidense. Destacou-se também a preocupação com o impacto de infrequentes períodos curtos e pontuais de hiperglicemias sobre a saúde:

“Pode, vírgula! Depende de como está o controle deste paciente também!”

Aproveitei o ensejo para desmitificar a hiperglicemia e seus potenciais riscos. Esclareço que as emergências hiperglicêmicas não são consequência de pequenos “abusos” alimentares e sim de intercorrências clínicas ou omissão de tratamento (em particular, da insulina) e que a meta de tratamento que objetiva evitar o desenvolvimento de complicações crônicas contempla de 30% a 50% das glicemias acima do alvo (70-180 mg/dl) a depender das características do indivíduo^{23,24}. A inexistência de razões técnicas para tamanho temor e culpa nos aproximava do debate acerca do biopoder; entretanto, o objetivo de investigar as *situações-limite* de opressão e silenciamento foi considerado como não atingido e revisitado posteriormente.

Após as duas primeiras atividades, ficou clara a necessidade do grupo de explorar o “poder comer”. A alimentação como tema central guiou duas reuniões que ocorreram, nos mesmos moldes, em datas diferentes. Estas ocasiões serão narradas em conjunto e posteriormente às reuniões de número 4 e 5, pois as principais contribuições ao fio-guia de nossa pesquisa se deram a partir da sexta dinâmica.

No quarto evento – “100 anos de insulina” – os participantes receberam fotos de Leonard Thompson antes e depois da insulino terapia e foram convidados a expor suas impressões e sentimentos em relação àquela evolução. Após ampla manifestação favorável ao tratamento, dialogamos sobre sua recusa nos dias atuais e como poderíamos enfrentar esta situação. O tema foge ao curso deste artigo, portanto não será pormenorizado.

Na reunião seguinte, “A pílula com chip”, persistimos investigando a adesão ao tratamento de doenças crônicas. A codificação se deu por meio de uma reportagem de imprensa que descrevia o desenvolvimento

de uma pílula medicamentosa contendo um chip que avisava a meios eletrônicos do indivíduo e de terceiros (familiares e profissionais de saúde) quando entrava em contato com o suco gástrico, confirmando a ingestão do fármaco. Após colocações a respeito de ferramentas para autogestão do cuidado, nos debruçamos sobre estratégias de educação em saúde sob três perspectivas principais: educação individual, educação coletiva por meio da mídia e educação coletiva por campanhas em escolas.

Entre as propostas de ações coletivas, parte considerável do tempo foi destinada ao estudo das campanhas antifumo e as razões de sua eficácia. Foi argumentada a importância das atividades educativas, mas também de políticas públicas como aquelas contidas no pacote MPower^{25,26}. A dificuldade de aplicar este modelo ao DM foi manifestada pela preocupação de um participante em relação à multifatorialidade de influências no DM *versus* a existência de um objeto concreto no caso do tabaco. O PL 8541/17, que prevê aumento na alíquota de IPI de bebidas açucaradas foi mencionado, e inauguramos a discussão sobre a inadequação de uma política meramente restritiva, sem a contrapartida de ações afirmativas que favoreçam a alimentação saudável.²⁷

Debatendo sobre as necessidades de políticas públicas que enfrentem as iniquidades sociais ao invés de aprofundá-las, introduzimos os Determinantes Sociais de Saúde e a característica coletiva do ambiente obesogênico em oposição a programas educativos que focam em concepções individuais de escolhas e estilos de vida. Estas reflexões foram fundamentais para o desenrolar do encontro seguinte e a mudança do curso desta pesquisa.

Na terceira e sexta reuniões (“Retirar o açúcar?”) os participantes, posicionados ao redor de uma mesa na qual estavam dispostas réplicas e embalagens de alimentos, foram orientados a usar estes materiais para montar seis refeições (café da manhã, almoço, jantar e ceia). Num segundo momento, a pesquisadora entregou tubetes contendo açúcar em quantidade equivalente ao conteúdo de carboidrato de cada alimento selecionado. O objetivo deste exercício

era conhecer as preferências alimentares dos participantes, suas dificuldades e sentimentos relacionados à alimentação, apresentar a composição de alguns alimentos, desmitificar o consumo de sacarose e debater sobre a orientação atual de alimentação para pessoas com diabetes.

Na primeira vez que utilizamos este modelo de ação, devido ao pequeno número de pessoas, à falta de muitos participantes que estavam em eventos anteriores e à inaptidão da pesquisadora em explorar os aspectos sociais das escolhas alimentares, o grupo se ateve a discutir as recomendações nutricionais. Após a quarta reunião e a aproximação aos temas de políticas de saúde, houve, no sexto encontro, a oportunidade de ampliarmos o enfoque da dinâmica. A mudança na atuação principiou quando a pesquisadora notou que a prática não apenas não atingia seu objetivo, mas caminhava para a intensificação de estigmas de proibição alimentar, especialmente em relação ao pão:

“Esse do pão eu tô impressionada até agora (...) tô horrorizada com o pão. Fiquei traumatizada, porque eu gosto muito do pãozinho francês.”

“Se for analisar essa mesa aí tem que morrer, porque tudo tem açúcar!”

“A gente chega à conclusão que a gente não vai poder comer nada.”

Frente a este desajuste de interpretação e à minha falha na codificação da temática, optei por intervir de forma mais assertiva. Afirmei de modo categórico que a indicação da SBD é que a dieta de pessoas com diabetes siga a mesma recomendação de macro e micronutrientes aplicada à população, em todas as faixas etárias²⁰. Eu perguntei:

“Mas, assim, o que a gente poderia levar em consideração para escolher? Quando a gente vai escolher um alimento para comer, no que a gente pensa?”

A primeira resposta foi: “O que vai satisfazer, né?”. E argumentamos sobre a importância das fibras e proteínas para a saciedade^{28,29}. Em seguida, foram mencionadas facilidade de preparo, disponibilidade e durabilidade do alimento em casa.

Tentando direcionar a conversa para a palatabilidade, a fim de contextualizarmos questões culturais

(novamente para desestigmatizar o pão), fiz novo questionamento, ao qual tive a seguinte resposta:

"Primeiro eu acho que é a grana, né?"

A questão financeira foi pouco abordada nesse momento, mas abriu caminho para discussões posteriores a respeito da tributação regressiva do Brasil, agricultura e soberania alimentar^{30,31}. Ainda neste encontro, reiniciamos uma abordagem de Determinantes Sociais de Saúde, a partir da seguinte colocação:

"No meu caso, eu sou muito ansioso. Aí, a primeira coisa, dá vontade de comer alguma coisa, se comer uma fruta ou comer uma gelatina, atrapalha?"

Questionado se o problema a ser resolvido estava na escolha do melhor alimento para sanar a ansiedade ou na abordagem terapêutica deste distúrbio, conversamos sobre práticas como meditação, atividade física e respiração, e comportamentos relacionados às mídias sociais. Avançando a investigação para as possíveis causas do número crescente de indivíduos ansiosos e a influência do estilo de vida, versamos sobre uso do tempo, carga de trabalho, impossibilidade de lazer, condições das ruas da cidade e habitação, segurança, renda. Ao mencionar a necessidade de hábitos saudáveis, afirmei:

"É claro que é bom para aquela pessoa que ela adquira novos hábitos, não estou dizendo que não, só que todo mundo, a gente deveria tentar mudar tudo, né?"

Um participante respondeu: *"O sistema todo, né?"*

Ao que outro rebateu: *"Nossa, isso é muito difícil!"*

Eu continuei:

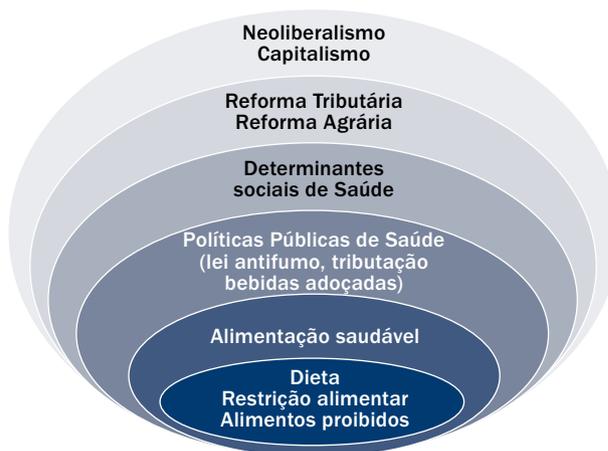
"A gente tem que pensar que de alguma forma a gente veio parar aqui, né? (...) então, isso foi feito. Então, se foi feito, eu acho que dá pra mudar. Não é assim porque é. O mundo não era assim antes, né? E ele não vai ser assim pra sempre. A gente vai construir o mundo pra frente. Então a gente tá fazendo parte desse processo de construção. E a gente consegue, em escalas pequenas, depois organizadas, né, maiores e maiores, tentar mudar isso pra um futuro."

Este foi o ponto de virada na pesquisa. Nesse momento, a pesquisadora compreendeu que suas expectativas de discutir relações de poder haviam sido em muito superadas pelo grupo. As dinâmicas

conduziram, tal qual projetava a pedagogia freireana, para estruturas de opressão sociais, não para relações na esfera individual.

Reabordamos o PL 8541/17 e sua provável baixa resolutividade em promover uma alimentação saudável se não for acompanhado de outras políticas que envolvam a produção, distribuição e aquisição de alimentos²⁷. Retomamos aqui a questão financeira debatendo a tributação brasileira sobre produtos e as propostas de reforma tributária que priorizam a taxaço de renda, a importância da agricultura familiar no cultivo dos alimentos que chegam à mesa dos brasileiros e a necessidade de reforma agrária, o uso abusivo e perigoso de agrotóxicos e o enfrentamento à insegurança alimentar a partir da noção de soberania alimentar^{30,31,32,33}. Os resultados estão expostos na figura 1.

Figura 1: Evolução da temática "alimentação" exposta em círculos concêntricos de complexidade, conforme proposta freireana.



Novas proposições surgiram, entretanto, as atividades em grupo foram suspensas em decorrência da pandemia de covid-19 e a pesquisa foi encerrada precocemente.

Conclusão

A pedagogia crítica se mostrou capaz de responder às expectativas da população em solucionar situações-limite de natureza cotidiana, ao mesmo

tempo que, por não se limitar a elas, também promove reflexões de ordem político-estrutural que favorecem a ampliação da participação popular e, conseqüentemente, contribuem para o aperfeiçoamento do SUS e o enfrentamento das iniquidades sociais.

Referências

1. Charaudeau P. Linguagem e discurso : os modos de organização. São Paulo: Contexto; 2008.
2. Lancelotti J. Ajude não ajudando. Sua boa intenção pode estar contribuindo com a criminalidade [...] [internet], 05 mar 2022 [acesso em 13 out 2022]. 1 figura. Instagram: @padrejulio.lancellotti. Disponível em: <http://instagram.com/p/Cat2i1004R9>
3. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pnad contínua: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [internet]. 2022 [acesso em 17 nov 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques>
4. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Brasília (DF): Ipea; 2022.
5. Rede Rua. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua [internet]. 2009c [acesso em 13 jul 2021]. Disponível em http://www.rederua.org.br/pub/polnac_inclsoc.pdf
6. Nielson JG, Wermuthz MAD. Os higienistas estão voltando: biopolítica, classes subalternizadas e ocupação do espaço urbano no Brasil. Revista de Direito da Cidade. 2018; 2(10): 596-619.
7. Cortina A. Aporofobia: a aversão ao pobre, um desafio para a democracia. Febre D, tradutor. São Paulo: Contracorrente; 2020.
8. Melo MSS. Da polêmica aos discursos de ódio: um estudo da recepção no twitter sob a perspectiva semiolinguística. Revista de Estudos da Linguagem 2020 [acesso em 15 out 2022]; 4(28):1959-1982. Disponível em: http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/view/16694/pdf_1
9. Mello RFL. Economia da esmola e subdesenvolvimento sustentável: a Legião da Boa Vontade (1950-2001) [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP;2008.
10. Beltrami A. A esmola: o banco mais vantajoso e infalível. São Paulo: Matyria; 2017.
11. Bíblia. Nova Bíblia Pastoral. São Paulo: Paulus; 2014.
12. Pontifício Conselho de Justiça e Paz. Compêndio da doutrina social da igreja. São Paulo: Paulinas; 2005.
13. Bonatto FRO, Ribeiro DC, Salles JC, Stoppa LM, Freitas R. Dar e receber esmolas e processo de subjetivação. Psicologia em Revista. 2007; 2(13):339-62.
14. Charaudeau P. Os estereótipos, muito bem: os imaginários, ainda melhor. Entrepalavras. 2017; 7(1): 571-591.
15. Piza MV. O fenômeno Instagram: considerações sob a perspectiva tecnológica. Brasília: Universidade Federal de Brasília, 2012. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Ciências Sociais.
16. Recuero R. O capital social em rede: como as redes sociais na internet estão gerando novas formas de capital social. Contemporânea, comunicação e cultura. 2012; 3(10): 597-617.

Acesso avançado na Atenção Primária de São Bernardo do Campo/SP: Desafios e potencialidades

Access in São Bernardo do Campo Primary Care: Limits and potentialities

Bárbara Navajas de Sá Leite¹, Mônica Martins de Oliveira Viana^{II}

Resumo

O artigo aborda o tema Acesso Avançado (AA), implantado em 2019 em São Bernardo do Campo (SBC), e tem como objetivo analisar a percepção das equipes a respeito desse dispositivo para organização da demanda na Atenção Primária. Por meio da aplicação de questionários, pôde-se observar que todos os integrantes da equipe participavam da prática do AA. As principais dificuldades apontadas envolviam a alta rotatividade de profissionais, defasagem do quadro de RH e espaço físico inadequado. Frente às dificuldades, as equipes encontraram, por iniciativa própria, soluções destinadas à melhoria da prática do AA e passaram a percebê-lo como arranjo para fortalecimento de vínculo e resolutividade no cuidado ao usuário. Ações envolvendo educação permanente, apropriação da prática pela equipe e uso de espaços físicos externos às UBS potencializaram a prática deste dispositivo. Diante desses resultados, o estudo concluiu que a implantação bem-sucedida do AA depende da disponibilidade dos gestores em prover boas condições de trabalho, e habilidade para incorporar algumas modificações que permitam a singularização do dispositivo para a realidade local. O enrijecimento na organização do trabalho tende a inviabilizar as potencialidades do AA.

Palavras-chave: Acesso avançado; Gestão do cuidado; Atenção Primária.

Introdução

Este trabalho trata da percepção das equipes e dos coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de SBC acerca dos desafios, limites e

¹ Bárbara Navajas de Sá Leite (barbaranavajas@hotmail.com) é biomédica, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde São Paulo, especialista em Saúde Pública com ênfase em ESF pela São Camilo e em Gestão de Serviços Públicos de Saúde pela UNIFESP. Funcionária pública atuante de 2006-2021 como coordenadora administrativa de UBS com ESF e 2021-atua no Departamento de Vigilância Epidemiológica de São Bernardo do Campo. Em 2023, foi bolsista de Pesquisa pelo CEPESC para o projeto: Elaboração de instrumentos e guia para apoiar a organização de cidades saudáveis, a partir de estudos de caso em municípios do estado do Rio de Janeiro que implementam ações de prevenção à obesidade infantil – PROTEJA.

^{II} Mônica Martins de Oliveira Viana (monica.viana@isaude.sp.gov.br) é doutora em Saúde Coletiva – Política, Planejamento e Gestão em Saúde pela Unicamp, pesquisadora PqC III do Instituto de Saúde e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

Abstract

The article addresses the theme Advanced Access (AA), implemented in 2019 in São Bernardo do Campo (SBC), and aims to analyze the perception of teams regarding this device for organizing demand in Primary Care. Through the application of questionnaires, it was possible to observe that all team members participated in the practice of AA. The main difficulties pointed out involved the high turnover of professionals, lag in the HR staff and inadequate physical space. Faced with difficulties, the teams found, on their own initiative, solutions aimed at improving the practice of AA and began to perceive it as an arrangement for strengthening bonds and problem-solving ability in user care. Actions involving permanent education, appropriation of the practice by the team and use of physical spaces outside the UBS enhanced the practice of this device. Given these results, the study concluded that the successful implementation of the AA depends on the availability of managers to provide good working conditions, and the ability to incorporate some modifications that allow the device to be unique to the local reality. The stiffness in the organization of work tends to make AA's potential unfeasible.

Keywords: Advanced access; Care management; Primary Attention.

potencialidades na prática do Acesso Avançado. Este pode ser considerado um dispositivo de organização da demanda espontânea, implantado no município para garantir acesso, vínculo, longitudinalidade, continuidade do cuidado e conscientização da corresponsabilidade no autocuidado da população.¹

O AA surgiu na década de 90, com o trabalho do médico de família Mark Murray e colaboradores, ao administrarem uma Unidade de Saúde Primária na Califórnia (EUA). Ao se incomodarem com as filas de espera, com o alto índice de absenteísmo e com a ausência de garantia para manter o atendimento pelo médico

de referência do usuário, criaram o modelo, também conhecido como “Acesso Aberto” ou “Consulta no Dia.”²

Até o ano de 2018, o acesso da população à Atenção Primária de SBC era ofertado por meio da diretriz de acolhimento da Política Nacional de Humanização (PNH) e pelo agendamento de consultas centrado na recepção³. A implantação do Acesso Avançado ocorreu em substituição ao acolhimento, mas mantendo os princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.

Também em concordância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estimula a resolutividade e a qualidade do cuidado, além de fomentar a organização do cuidado em rede, englobando promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. Propõe pautar a oferta de cuidado no reconhecimento das diferenças nas condições de vida e saúde e das diversas necessidades das pessoas, visando à diminuição de exclusão de grupos específicos da população.⁴

Diante da proposta municipal de implantação do Acesso Avançado em 100% das UBS de SBC no ano de 2019, para melhoria do acesso e garantia de qualidade no atendimento, tornou-se relevante a análise do processo de implantação, bem como dos desafios e potencialidades encontrados no cotidiano do modelo. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção das equipes a respeito do Acesso Avançado.

Em 2019, data da implantação do AA e da realização do estudo, a Atenção Primária de SBC era composta por nove territórios de saúde atendidos por 34 UBS geridas diretamente pelo município, sendo 32 Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2 UBS tradicionais. Dos 34 coordenadores, sete eram estatutários e, destes, seis assumiram o cargo por meio de processo seletivo interno e os outros não estatutários foram contratados por escolha do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS). Cada equipe de ESF era formada por profissional médico generalista, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), dentista, técnico e/ou auxiliar de odontologia⁴. As UBS contavam ainda com equipes multiprofissionais do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade de estudo de caso. A produção de dados ocorreu a partir da aplicação de questionários semiestruturados a gestores locais (coordenadores de UBS) e profissionais de equipes de duas UBS. Foram utilizadas fontes secundárias como documentos norteadores fornecidos pela gestão da Atenção Primária orientadores municipais e relatórios de gestão municipal para construção das categorias de análise.

A aplicação dos questionários se deu em duas fases complementares. A primeira foi destinada exclusivamente aos coordenadores de UBS (23 participantes). Na segunda fase, os participantes foram escolhidos em um processo de amostra intencional, com duas UBS do município de SBC. Nesta fase, todos os integrantes das equipes das UBS escolhidas foram convidados a responderem a um questionário.

Para a composição intencional da amostra de UBS, foram utilizados os critérios de maior tempo de implantação do Acesso Avançado e o modelo de atenção, sendo uma UBS tradicional sem ESF (seis participantes) e uma UBS com ESF (seis participantes).

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, com o registro CAAE 19273019.0.0000.5469 e aprovação pelo parecer 3.572.613. Os dados quantitativos obtidos por meio dos questionários foram tabulados em programa Microsoft Excel e submetidos à análise descritiva, com o cálculo das frequências absolutas e relativas. Os dados qualitativos, oriundos das questões abertas, foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo.

Resultados e Discussão

Os participantes afirmaram que já haviam ouvido falar e/ou conheciam o funcionamento do Acesso Avançado, mas que nunca haviam trabalhado com esse dispositivo antes da implantação em SBC. Segundo o relatório do município⁵, os coordenadores de UBS de SBC eram comprometidos e entendiam a proposta do Acesso Avançado, todavia, esbarravam no fato de

que os novos gerentes possuíam pouco conhecimento sobre este dispositivo.

A capacitação das equipes sobre o funcionamento do AA ficou sob responsabilidade dos coordenadores de UBS e de um multiprofissional multiplicador. Cada equipe se desenvolveu de uma maneira, mas os resultados apontaram que as educações permanentes e diálogos sobre este assunto são valorizados e vistos como primordiais para o bom andamento desse dispositivo, possibilitando o acerto de fluxos e comunicações entre equipes e população.

Sobre o entendimento dos profissionais a respeito do Acesso Avançado, as respostas incluíam escuta qualificada, mas diferente do acolhimento realizado anteriormente nas UBS, pelo fato do AA utilizar atendimento por profissionais de uma mesma equipe e o acolhimento, os multiprofissionais no geral, sem a referência por equipe.

Quando a palavra vínculo foi citada, ela veio acompanhada da importância do atendimento ao usuário ser realizado sempre pela equipe de referência, gerando proximidade e confiança, resultando na constituição de um vínculo.

Foi citado também o Acesso Avançado como um modo ou sistema de organização de agendamento para todas as demandas de uma equipe. Destaca-se a fala “Resolver as demandas com rapidez”, em que seria importante investigar uma possível confusão entre resolutividade e rapidez de atendimento, correndo o risco de que a agilidade seja traduzida simplesmente por um ato de “tocar fila” para esvaziar o local rapidamente. O fato de ser resoluto nem sempre está ligado à agilidade no atendimento, mas sim ao fato de apresentar uma resposta à necessidade de saúde do usuário independentemente do tempo que leve.

Sobre a forma de organização, os coordenadores elencaram o enfermeiro como profissional mais envolvido da equipe e isto pode estar relacionado ao fato de que, na maioria das equipes, este profissional é quem a coordena quando diz respeito ao AA ficando na linha de frente dos atendimentos.

Chama a atenção o fato dos coordenadores elencarem o NASF em 6º lugar, já que estes profissionais

deveriam estar 100% envolvidos nos processos de capacitação e prática do Acesso Avançado. É sabido que a participação do NASF é muito importante no AA, visto que são profissionais com formações distintas e podem ofertar diferentes olhares às necessidades de saúde do paciente.

Outro ponto importante é que os multiprofissionais de ambas as UBS informaram que a odontologia, no papel do(a) dentista e/ou do técnico(a) ou auxiliar de odontologia, encontra-se afastada deste dispositivo.

Já os multiprofissionais da UBS tradicional elencaram, além do enfermeiro, clínico geral, pediatra, ACS e NASF. Quanto ao profissional médico, isto se deve ao fato de que nesta UBS em particular, por não existir generalista, são os especialistas que realizam o atendimento durante o AA. Os ACS entraram como organizadores do processo e o NASF era bem atuante.

Os multiprofissionais da UBS com ESF elegeram os técnicos ou auxiliares de enfermagem em primeiro lugar, pois na maioria das vezes eram eles que realizavam a primeira escuta do paciente.

Sobre o período de funcionamento, SBC¹ orientou a prática do Acesso Avançado durante o período entre 2 e 4 horas, e neste período toda equipe de referência precisaria estar mobilizada e alinhada para receber o usuário já com seu prontuário em mãos. Essa equipe escutava e direcionava o paciente ao médico ou enfermeiro no consultório. Se necessário, o enfermeiro acionava o médico. Casos leves seriam resolvidos no dia e os complexos poderiam ser agendados em até 48h.

Quanto a essas orientações, verificou-se que o Acesso Avançado era realizado na oferta pela manhã e tarde dentro de 2 ou 4 horas, e que o usuário era encaminhado a uma “triagem”. Mas, considerando que os ACS não podem realizar a triagem enquanto procedimento para verificação de sinais vitais (aferição de pressão arterial ou medição de glicemia capilar), por não serem capacitados para tais atividades, e que eles também faziam o AA, é possível que tenha ocorrido um emprego equivocado da palavra triagem, e que, na verdade, fora usada como sinônimo de escuta ou acolhimento.

Entraves

Os coordenadores elencaram a falta de profissionais, o espaço físico inadequado, a presença de grande quantidade de pacientes hiperutilizadores e equipes com mais de 5 mil usuários cadastrados (sobrecarga) como os quatro principais dificultadores em se realizar o Acesso Avançado.

Os profissionais da UBS tradicional trouxeram, por sua vez, como entraves, o espaço físico insuficiente, a falta de profissionais, o horário de chegada dos usuários ao Acesso Avançado muito antes do início informado e a falta de realização de escuta qualificada.

Já os profissionais da UBS com ESF apontaram a existência de grande demanda por período de Acesso Avançado, grande quantidade de pacientes poliqueixosos, o não entendimento desta ferramenta pelos funcionários, falta de conhecimento dos protocolos pelos profissionais das áreas técnicas, de resolutividade e de participação de multiprofissionais, tempo de espera elevado para atendimento, pouco tempo para o usuário passar em consulta e até a falta de vagas para especialidades apareceu nesta questão.

O relato de maiores entraves na ESF sugere grande dificuldade das equipes organizadas neste modelo de atenção para a realização do AA. Cabe ressaltar que o modelo de atenção preconizado para a ESF é pautado na integralidade, longitudinalidade e na clínica ampliada e compartilhada, visando romper a fragmentação do cuidado. Para esse modelo de atenção, a proposta de organização da demanda espontânea era fundamentalmente pelo acolhimento, que fazia parte das suas premissas originárias de trabalho e que depois foi modificado.⁶

A percepção trazida por um dos profissionais participantes deste trabalho chamou a atenção ao fato de que a equipe deve tomar o cuidado de utilizar o AA de maneira adequada, realizando sempre uma escuta qualificada para que sua prática não descaracterize o cuidado proposto pela ESF.

Segundo Giovanella et al.⁷, a ESF caracteriza-se pela busca em aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, pela integração da vigilância epidemiológica

e sanitária, pela territorialização, atenção clínica e políticas intersetoriais, e por ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS.

Nesse cenário, pôde-se considerar que o Acesso Avançado e o acolhimento precisam trabalhar em conjunto para que ocorram com qualidade. Visto como um modelo de agendamento que se enquadra nos princípios e diretrizes do SUS, na PNH e nos atributos da APS, o Acesso Avançado seria positivo quando bem planejado, estruturado, implantado e monitorado.

Cabe destacar que, para lidar com as dificuldades encontradas, as equipes organizaram, por iniciativa própria, as seguintes estratégias: cobertura de funcionários faltantes por meio de escalas; atendimento da demanda fora do espaço da UBS, e valorização dos grupos e de atendimentos multiprofissionais, visando desconstruir a cultura de procura pelo médico e substituí-la pelo conhecimento e aceitação do atendimento prestado pela ESF, que ocorre na modalidade multiprofissional, tal qual no AA.

Pontos positivos e avanços

Os coordenadores elencaram como os três principais pontos positivos o aumento da resolutividade, a ampliação do acesso e a diminuição do absenteísmo; como principais avanços o fortalecimento de vínculo, a ampliação da resolutividade e do cardápio/carteira de ofertas.

Os profissionais da UBS tradicional trouxeram ainda como ponto positivo o controle da agenda pela equipe, fato que garante a equidade ao garantir um atendimento com agilidade aos que precisam mais. Como avanço, citaram também o conhecimento da demanda e do território, visão que os profissionais de uma UBS tradicional dificilmente possuem, já que não atendem na lógica da ESF.

Já os profissionais da UBS com ESF trouxeram a promoção do vínculo e ampliação do autocuidado como pontos positivos e, como avanço, o diagnóstico precoce, o qual pode estar ligado à facilidade de acesso

encontrada pelo usuário ao procurar o atendimento pelas equipes. Dentro das normativas do Acesso Avançado, os retornos deveriam ser agendados em até 48h, o que pode explicar os avanços citados.

De modo geral, analisando-se os resultados do estudo, notou-se que mesmo diante de alguns dificultadores como a alta rotatividade de funcionários, defasagem do quadro de RH, espaço físico insuficiente ou inadequado, reclamação por uma parte dos usuários pelo tempo de espera por atendimento nos períodos de AA e fragilidade na articulação com outros serviços da rede, os profissionais identificaram uma mudança positiva e a aceitação da população, que se traduzem na diminuição do absenteísmo, produção e fortalecimento do vínculo e grande demanda nos períodos de AA, com ampliação do acesso de novos usuários.

Assim, apesar de todas as limitações e desafios descritos pelos profissionais de saúde sobre a prática do AA, de um modo geral, visualizaram-no positivamente, como um aliado na produção de equidade, integralidade e na estratificação de risco ao usuário.

Conclusão

Pôde-se notar, pela percepção dos trabalhadores, que eles incorporaram o AA na rotina diária das UBS e obtiveram grande adesão da população; também se observou que a realização do estudo da demanda, as educações permanentes e as discussões do processo de implantação e prática do AA possibilitaram a reorganização dos processos de trabalho, ajudando as equipes a se apropriarem desse dispositivo em seu cotidiano nas unidades de saúde.

Frente às condições de trabalho consideradas inadequadas e à necessidade de organização da demanda gerada pelo AA, visando possibilitar acesso aos usuários, as equipes adotaram, por iniciativa própria, algumas medidas para driblar as dificuldades para executar o AA. Esse tipo de iniciativa, embora louvável, não deveria ser necessária, já que cabe ao município o provimento de condições adequadas para a realização de uma tarefa proposta justamente pela Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, deve-se considerar que o ano de 2020 foi marcado pela pandemia da covid-19, o que ocasionou a modificação do modo de agendamento e atendimento em todas as UBS de SBC, extinguindo o Acesso Avançado presencial e adotando outros modos de acesso na modalidade virtual, por meio de teleatendimentos e WhatsApp, colocando a necessidade de um novo diagnóstico sobre os limites e potencialidades do AA.

Todavia, com os resultados obtidos em 2019, pôde-se considerar que o AA, quando ocorria no município ou quando voltar a acontecer, requer atenção em alguns pontos, tais como: 1) As necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados; 2) O AA depende da existência de uma equipe multiprofissional rica em saberes e disposição para trabalhar em grupo, devendo ser liderada por um coordenador com governabilidade para pactuar o processo de trabalho que melhor se ajuste às necessidades de seu território, e 3) O AA não se limita a um protocolo a ser seguido cegamente.

A aplicabilidade positiva do Acesso Avançado, pelo que se pôde depreender do estudo, envolve gestão participativa, alinhada aos princípios do SUS, e que inclua todos os trabalhadores, de modo a acolhê-los perante as dificuldades. Depende também da atuação dos gestores em adotar medidas para evitar o engessamento do processo de trabalho.

Conflitos de interesse

Nada a declarar.

Referências

1. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (SP). Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. Orientações: acesso avançado da demanda espontânea na atenção básica. São Bernardo do Campo; 2019.
2. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Revista Family Practice Management*. 2000; 745-50.

3. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (SP). Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo. Documento Norteador. 2. ed. São Bernardo do Campo; 2014.

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2017.

5. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (SP), Secretaria de Saúde. Relatório Anual de Gestão – 2017. São Bernardo do Campo: 2018a.

6. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde. In: Giovanella L. et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: editora Cebes e Abrasco, 2012; 459-491.

7. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciênc. saúde colet, Rio de Janeiro. 2020; 25(4): 1475-1481.

O cuidado com a obesidade no Centro de Referência do Idoso da Zona Norte: avaliação de uma intervenção

Obesity care at the Centro de Referência do Idoso da Zona Norte: evaluation of an intervention

Carolina de Campos Horvat Borrego^I, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}, Denise Pimentel Bergamaschi^{III}

Resumo

Introdução: O aumento da população idosa é acompanhado também por modificações no padrão alimentar e na redução de atividades físicas, acarretando numa maior prevalência do sobrepeso e da obesidade nesta população. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de um grupo educativo/terapêutico com idosos em tratamento da obesidade. **Metodologia:** Foi realizada uma avaliação dos efeitos do grupo educativo/terapêutico com idosos usuários de um centro de referência, por meio da comparação dos resultados antes e depois da intervenção grupal. Foram analisados dados antropométricos, testes físicos, escala de autopercepção do desempenho nas atividades de vida diária e consumo alimentar. **Resultados:** Observamos redução nas medidas antropométricas, melhora na autoavaliação de saúde, mudança positiva em comportamentos na hora da alimentação e no consumo alimentar, melhora no teste físico, além da melhora no desempenho funcional nas atividades da vida diária. Observou-se que pessoas que consumiram bebidas adoçadas após a intervenção apresentaram significativamente menor probabilidade de perda de peso; que pessoas com 75 anos ou mais apresentaram menor probabilidade de melhorar o desempenho físico. **Conclusão:** Os resultados positivos encontrados após as intervenções sugerem que as estratégias de atuação multiprofissional baseadas na educação nutricional, na prática de exercícios físicos regulares e também ao estímulo do autocuidado na saúde em geral tiveram o êxito esperado.

Palavras-chave: Tratamento da obesidade; Educação alimentar e nutricional; Educação em saúde; Saúde do idoso.

Abstract

Introduction: The increase in the elderly population is also accompanied by changes in dietary patterns and a reduction in physical activities, leading to an increase in the prevalence of overweight and obesity in this population. **Objective:** to evaluate the effects of an educational/therapeutic group with elderly people undergoing obesity treatment. **Methodology:** an evaluation of the effects of the educational/therapeutic group was carried out with elderly users of a reference center, by comparing the results before and after the group intervention. Anthropometric data, physical tests, scale of self-perception of performance in activities of daily living, and food consumption were analyzed. **Results:** we observed a reduction in anthropometric measurements, an improvement in self-rated health, a positive change in behaviors at mealtimes and in food consumption, an improvement in the physical test, in addition to an improvement in functional performance in activities of daily living. It was observed that people who consumed sweetened beverages after the intervention were significantly less likely to lose weight; that people aged 75 and over were less likely to improve physical performance. **Conclusion:** the positive results found after the interventions suggest that the multiprofessional intervention strategies based on nutritional education, the practice of regular physical exercises and also the stimulation of self-care in health in general had the expected success.

Keywords: Obesity treatment, Food and nutrition education, Health education, Elderly health

^I Carolina de Campos Horvat Borrego (carolborregonutri@gmail.com) é nutricionista, pós-graduada em Nutrição em Gerontologia pelo Hospital das Clínicas da FMUSP, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, nutricionista do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte do município de São Paulo.

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela USP, pesquisadora científica VI e diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para SUS/SP do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Denise Pimentel Bergamaschi (denisepb@usp.br) é estatística, mestre em Medical Statistics pela University of London e doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP e professora doutora nível III na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Introdução

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida provocaram mudanças no perfil da população brasileira. Junto da transição demográfica, observa-se a transição epidemiológica e nutricional, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e elevação da prevalência de obesidade, sobretudo em idosos. Sendo uma desordem complexa e multifatorial, a obesidade representa um complicador para o estado de saúde dos idosos e ocasiona ou potencializa as complicações advindas das DCNT associadas ao envelhecimento humano, tais como doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, influenciando, desta maneira, o perfil de morbimortalidade dessa população.^{1, 2, 3, 4}

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde que visa conhecer a situação de saúde da população, verificou na pesquisa de 2021 que 60,7% dos idosos entrevistados e acima de 65 anos estavam com sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) e 21,8% estavam com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²). São dados preocupantes visto que em 2006, no primeiro ano de realização do inquérito, essas taxas eram de 53,1% de idosos acima de 65 anos com sobrepeso e 15,9% de idosos com obesidade^{5, 6}. Além disso, outro dado interessante mostra que apenas 21,8% dos idosos acima de 65 anos praticavam atividades físicas no tempo livre, equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana.⁷

A elevada prevalência de indivíduos idosos com excesso de peso e obesidade evidencia a necessidade de elaboração de medidas específicas direcionadas para essa faixa etária, em prol da efetividade nas ações, como por exemplo, programas de intervenção nutricional associada à atividade física. Cumpre assinalar que a saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional.⁸

Considerando que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, o objetivo da intervenção é melhorar a saúde do paciente por meio da prevenção ou da melhora das complicações relacionadas com a perda de peso. Por ser uma condição de difícil manejo, há necessidade de uma abordagem multidisciplinar e interprofissional que busque como estratégia principal a mudança no estilo de vida, com novos hábitos alimentares e maior gasto energético, pois mais do que a simples redução de peso, ele deve visar a mudanças no estilo de vida, que devem ser mantidas permanentemente. Embora a perda de peso seja importante, não se deve ter o foco do tratamento na perda de peso corporal, por si só. Dieta, atividade física e modificação comportamental devem ser incluídas em todo tratamento da obesidade.^{9, 10}

As intervenções educativas podem ser realizadas de diversas maneiras, entre as quais se destacam as atividades grupais, que podem promover a interação social e auxiliar na melhoria da qualidade de vida, o que dependerá dos meios utilizados para conduzir tais atividades, da abordagem dos assuntos e das necessidades dos idosos¹¹. As atividades em formato de grupo possibilitam o aprofundamento de discussões e a interação entre profissionais e usuários, favorecendo o vínculo, a valorização e o acolhimento, garantindo maior motivação das mudanças comportamentais, além do que, são de baixo custo e atingem um contingente maior de pacientes.^{12, 13, 14}

O objetivo do trabalho foi verificar o desempenho e o efeito das intervenções de um grupo educativo/terapêutico proposto para o cuidado de idosos obesos atendidos em um serviço de saúde especializado na atenção à saúde da população idosa.

Metodologia

Foi realizado um estudo analítico, experimental, do tipo “antes e depois”, com abordagem quantitativa, com usuários do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte (CRI Norte) do município de São Paulo, que é um ambulatório especializado no atendimento de idosos residentes nessa região.

Os participantes da pesquisa foram os idosos do Grupo Obesidade, que tem a proposta de promover um

espaço educativo, no qual os profissionais e os idosos discutem as questões que envolvem a obesidade. O grupo tem, também, como objetivo, sensibilizar quanto à importância da adoção de hábitos saudáveis de alimentação, incentivar a prática de exercícios físicos, além de estimular o idoso a refletir sobre o seu autoconhecimento e sua rotina de vida diária.

O Grupo Obesidade é realizado rotineiramente no serviço assistencial do CRI Norte nos períodos da manhã e da tarde, e tem duração de 3 meses. É um grupo fechado, com pacientes encaminhados pelo setor de nutrição do mesmo serviço. Os encontros acontecem duas vezes por semana e têm duração de 2 horas diárias. O público-alvo desse grupo é o idoso, tanto do sexo feminino como masculino, com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade, segundo a classificação pelo Índice de Massa Corpórea – IMC ≥ 28 kg/m².¹⁵ Os critérios para inclusão do idoso no grupo são: estabilidade clínica de suas doenças crônicas (como pressão arterial e diabetes controlados), interesse em participar, disponibilidade e acessibilidade para participar do grupo. E os critérios de exclusão são: déficits auditivo, visual, cognitivo e limitações motoras importantes. São convidados 15 idosos para cada grupo (manhã e tarde).

Os profissionais que realizam as intervenções são: nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional e profissional de educação física. A atuação de cada um dos profissionais é distribuída da seguinte forma: a nutricionista atua no grupo uma vez na semana, a psicóloga e a terapeuta ocupacional (atuação em conjunto) também uma vez na semana, e a profissional de educação física atua no grupo duas vezes na semana, após a abordagem dos profissionais já descritos. A atuação dos profissionais está relacionada à abordagem de temas sobre a obesidade, desde uma abordagem básica fisiológica da doença, os riscos cardiovasculares, articulares e metabólicos da obesidade, como também às questões relativas à alimentação, autocuidado e à prática de exercícios físicos.

A nutricionista aborda questões relativas à alimentação e saúde em geral, e promove educação nutricional por meio da orientação de estratégias para a melhora dos hábitos alimentares. A psicóloga e a

terapeuta ocupacional atuam em conjunto abordando assuntos como envelhecimento, consciência corporal e rotina de vida diária, levando o idoso a uma reflexão de como está seu autocuidado. E a profissional de educação física promove exercícios aeróbicos, de fortalecimento muscular e alongamento, e atua de forma a reforçar a importância do exercício físico com uma abordagem generalizada, a fim de potencializar o gasto calórico, além de estimular o uso da atividade física no cotidiano como uma das ações positivas para uma melhor qualidade de vida e autonomia funcional.

Instrumentos de avaliação

Para a caracterização dos participantes do estudo foi realizada uma entrevista por meio da aplicação de um questionário que investigou dados demográficos (idade, etnia, estado civil, escolaridade) e socioeconômicos (situação previdenciária, renda, condições de moradia, arranjo familiar), além das doenças autorreferidas e uso de medicamentos.

Para analisar o impacto das práticas educativas foram realizados, no início e ao final do estudo, avaliação antropométrica (composta por aferição de peso e altura para o cálculo do IMC e circunferências – pescoço, cintura, quadril e panturrilha); avaliação física (por meio do “Teste de caminhada de 6 minutos”¹⁶, que mede potência aeróbica, e o “Teste de levantar da cadeira em 30 segundos”¹⁷, que avalia a força dos membros inferiores); avaliação da autopercepção do desempenho em atividades de vida diária (por meio de um instrumento que tem por objetivo avaliar a percepção que os idosos possuem sobre sua capacidade funcional)¹⁸, e avaliação do consumo alimentar (por meio do questionário “Marcadores de consumo alimentar”, elaborado com o objetivo de identificar padrões de alimentação e comportamento saudáveis ou não saudáveis)¹⁹. Os instrumentos de avaliação foram aplicados nos participantes pela nutricionista/pesquisadora deste estudo (exceto o teste físico, que foi realizado pela profissional de educação física da equipe) no início e ao final dos três meses das intervenções educativas.

O projeto de pesquisa foi considerado estar de acordo com a Resolução 466/12 e foi aprovado pelo

Comitê de Ética do Instituto de Saúde sob o número CAAE: 15102119.0.0000.5469.

Resultados

Neste trabalho, analisamos os dados de 57 idosos, divididos em seis grupos educativos no período de julho de 2019 a março de 2020.

Dados demográficos e socioeconômicos

A maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino (80,7%), tinha de 61 a 74 anos (84,2%) e era de cor branca (61,4%). Quanto ao estado civil, 47,3%

declararam ser casados e 24,6%, viúvos. A maioria (66,7%) declarou ter de um a três filhos, e 43,9% dos participantes tinham 4 anos ou menos de escolaridade. Quanto ao aspecto de seguridade social, 80,7% eram aposentados ou recebiam algum tipo de benefício, e a mesma porcentagem possuía moradia própria. A organização familiar se apresentou de forma majoritária, da seguinte forma: 56,1% moravam com o cônjuge ou com filhos. Do total de participantes, 22,8% moravam sozinhos. A renda individual mais frequente foi um salário mínimo (45,6%), 12,3% dos participantes responderam não ter nenhum rendimento, e 70,2% não exerciam atividade laboral no momento da pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo variáveis sócio- econômicas e demográficas. Centro de Referência do Idoso, Zona Norte, São Paulo, julho/2019-março/2020.

Variáveis (n=57)					
Demográficas	n	%	Sociais e econômicas	n	%
Sexo			Aposentado ou beneficiário		
Feminino	46	80,7	Sim	46	80,7
Masculino	11	19,3	Não	11	19,3
Idade (anos)			Condição de moradia		
61-64	17	29,8	Própria	46	80,7
65-69	14	24,6	Alugada	8	14,0
70-74	17	29,8	Emprestada	3	5,3
75-79	8	14,0			
80-81	1	1,8	Com quem reside		
			Cônjuge	13	22,8
Etnia			Filhos		
Branca	35	61,4	Sozinho (a)	13	22,8
Preta	7	12,3	Netos	3	5,3
Parda	15	26,3	Outros familiares	9	15,8

Continua...

Tabela 1 – Continuação...

Variáveis (n=57)					
Demográficas	n	%	Sociais e econômicas	n	%
Estado Civil			Renda Individual (SM)		
Casado (a)	27	47,3	1	26	45,6
Solteiro (a)	7	12,3	2-3	22	38,6
Viúvo (a)	14	24,6	4-5	2	3,5
Divorciado (a)	9	15,8	Sem renda	7	12,3
Número de filhos			Renda familiar (SM)		
0	4	7,0	1	11	19,3
1-3	38	66,7	2-3	39	68,4
4-7	15	26,3	4-5	6	10,5
			Acima de 6	1	1,8
Anos de escolaridade			Em atividade de trabalho		
0-4	25	43,9	Sim	17	29,8
5-8	15	26,3	Não	40	70,2
9-11	12	21,0			
12-17	5	8,8			

Avaliação antropométrica

No presente estudo, com exceção da medida da panturrilha, houve significativa redução de peso e de todas as outras medidas antropométricas, sugerindo que a intervenção proposta teve êxito nestes parâmetros.

Observou-se média negativa de diferenças de peso final em relação à inicial, indicando diminuição de peso. No caso, a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Observou-se diminuição para todas as medidas, com exceção da panturrilha, para a qual houve manutenção da circunferência ($p = 0,686$) (dados não apresentados em tabela).

Avaliação física

No teste físico, composto pelo teste de caminhada (distância percorrida em 6 minutos) e de sentar e

levantar de uma cadeira (número de repetições em 30 segundos), observamos por meio do teste t-pareado, aumento estatisticamente significativo ($p < 0,001$) na quantidade de metros percorridos no teste de caminhada e no número de repetições do ato de sentar e levantar de uma cadeira, após a intervenção (dados não apresentados em tabela).

Vale destacar que no modelo de explicação da diferença no teste da caminhada antes e após a intervenção, as chances de ter melhor desempenho diminuí à medida que aumenta a idade. Apesar de não apresentar diferença estatística significativa ($p = 0,051$), a análise apontou que os idosos acima de 75 anos são os que têm menos chances de apresentar melhor desempenho no teste de caminhada (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados da análise de regressão linear – Modelo de explicação da diferença no teste da caminhada antes e após a intervenção. Centro de Referência do Idoso, Zona Norte, São Paulo, julho/2019-março/2020

Source	SS	df	MS	Number of obs = 43		
F (5, 37) = 1.29						
Model	14827.9525	5	2965.59051	Prob > F = 0.2894		
Residual	85099.9544	37	2299.99877	R-squared = 0.1484		
Adj R-squared = 0.0333						
Total	99927.907	42	2379.23588	Root MSE = 47.958		
Dif teste caminhada	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
65-69 anos	-7.084149	19.39229	-0.37	0.717	-46.37666	32.20836
70-74 anos	-32.04598	20.21125	-1.59	0.121	-72.99786	8.905898
75-81 anos	-44.24336	21.95077	-2.02	0.051	-88.71984	.2331218
Sexo	10.72188	18.37699	0.58	0.563	-26.51345	47.95721
Perda de peso	-5.519217	16.85376	-0.33	0.745	-39.66818	28.62975
Constante	34.47099	26.88301	1.28	0.208	-19.99917	88.94115

Avaliação da autopercepção do desempenho em atividades de vida diária

Analisando os valores encontrados no questionário de autopercepção do desempenho nas atividades de vida diária, observou-se aumento estatisticamente significativo na pontuação média, após a intervenção. No questionário contendo 40 itens, o participante pode computar de 0 a 160 pontos, sendo que quanto maior a pontuação melhor o desempenho nas atividades da vida diária. Apesar da maioria deles já se encontrar nas categorias de melhor desempenho funcional, ocorreu, após a intervenção, uma mudança das categorias menores para as maiores, como da categoria “média” para “boa” de três participantes, e da categoria “boa” para “muito boa” de seis participantes (dados não apresentados em tabela).

A perda de peso também apresentou diferença estatisticamente significativa no desempenho autorreferido das atividades da vida diária, após a intervenção

($p = 0,005$), mostrando que os idosos que perderam peso tiveram maior ganho de pontos na avaliação das atividades de vida diária, ou seja, melhor ganho na capacidade funcional (Tabela 3).

Avaliação do consumo alimentar

A informação sobre determinados comportamentos envolvidos na alimentação fez parte do formulário de avaliação sobre o consumo alimentar. Em relação ao hábito de assistir à TV ou mexer no celular no momento da refeição, observou-se uma mudança positiva, visto que dez participantes referiram passar a não ter esse hábito durante a refeição, após a intervenção. No entanto, dos 25 participantes que não tinham esse hábito antes, cinco passaram a tê-lo. O número médio de refeições dos participantes após a intervenção aumentou, mas não houve mudança estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 3 – Resultados da análise de regressão linear – Modelo de explicação da diferença no desempenho auto referido das atividades da vida diária após a intervenção. Centro de Referência do Idoso, Zona Norte, São Paulo, julho/2019-março/2020

Source	SS	df	MS	Number of obs = 43		
F (11, 38) = 2.92						
Model	4286.78776	11	389.707978	Prob > F = 0.0069		
Residual	5077.29224	38	133.612954	R-squared = 0.4578		
Adj R-squared = 0.3008						
Total	9364.08	49	191.103673	Root MSE = 11.559		
Dif pontos AVD	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Sexo	-3.624523	4.440927	-0.82	0.419	-12.61471	5.365663
65-69 anos	3.691505	4.7073	0.78	0.438	-5.837925	13.22094
70-74 anos	4.870073	4.63561	1.05	0.300	-4.514228	14.25437
75-81 anos	4.487929	5.916227	0.76	0.453	-7.488846	16.4647
Perda de peso	11.20002	3.80364	2.94	0.005	3.499957	18.90009
Constante	-24.96796	8.274667	-3.02	0.005	-41.71915	8.216776

Tabela 4 – Distribuição de participantes sobre o hábito de assistir TV durante as refeições antes e após a intervenção e estatísticas resumo a respeito do número de refeições/dia. Centro de Referência do Idoso, Zona Norte, São Paulo, julho/2019-março/2020

Variável	Assiste TV/celular durante a refeição				
Antes (n,%)	Após (n,%)				
		Sim	Não	Total	
	Sim	22 (68,7)	10 (31,3)	32 (100,0)	
	Não	5 (20,0)	20 (80,0)	25 (100,0)	
Total		27 (47,4)	30 (52,6)	57 (100,0)	
Número de refeições/dia	Antes	Após	Diferença	Teste	Valor de p
Média	4,2	4,5	0,280	t-pareado	p=0,073
Mediana	4,0	5,0			
Desvio padrão	1,1	1,0			
Quartil 1	3,0	4,0			
Quartil 3	5,0	5,0			

Em relação ao consumo de determinados alimentos no dia anterior à pesquisa, como feijão, por exemplo, as respostas se mantiveram iguais: 41 participantes responderam “sim” (consumiram feijão) antes e após a intervenção. Quanto à ingestão de frutas, aumentou o número de respostas “sim”: 49 participantes responderam “sim” antes da intervenção e 51, após. Quanto ao consumo de legumes e verduras, aumentou de 43 para 44 o número de respostas “sim”. Em relação ao consumo de hambúrguer e/ou embutidos, o número de respostas “não” aumentou de 49 para 51 após as intervenções. Quanto às bebidas adoçadas, 40 participantes responderam “não” à ingestão antes das intervenções e 50, após. Quanto ao consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacotes e bolachas salgadas, tivemos 53 respostas “não” antes e 56, após. O consumo de doces se manteve igual:

obtivemos 45 respostas “não” antes e após as intervenções (dados não apresentados em tabela).

Entre os alimentos não saudáveis, foi interessante verificar que, antes da intervenção, 17 pessoas (30%) responderam terem consumido bebidas adoçadas no dia anterior à pesquisa e que após a intervenção esse número diminuiu para apenas 7 (12,3%). Ainda assim, o consumo de bebidas adoçadas mostrou associação ($p = 0,039$) estatisticamente significativa com a perda de peso (Tabela 5). De acordo com a análise, o OR (*odds ratio*) foi 0,0994 para o consumo de bebidas adoçadas, ou seja, menor do que 1, indicando 90% menos chances de perder peso, o que significa que, nesta avaliação, o consumo de bebidas adoçadas foi negativamente associado à perda de peso. As pessoas que responderam afirmativamente ao consumo de bebidas adoçadas têm menor probabilidade de perder peso.

Tabela 5 – Resultados da análise de regressão logística – Modelo de explicação da perda de peso após a intervenção. Centro de Referência do Idoso, Zona Norte, São Paulo, julho/2019-março/2020

Logistic regression						Number of obs =	56
						LR chi2(6) =	12.96
						Prob > chi2 =	0.0438
Log likelihood = -26.064904						Pseudo R2 =	0.1991
Perda de peso	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]		
Sexo	4.047189	4.766521	1.19	0.235	.4024042	40.70469	
65-69 anos	3.548214	4.281453	1.05	0.294	.3333551	37.76699	
70-74 anos	.5119374	.4496915	-0.76	0.446	.0915192	2.863662	
75-81 anos	1.059231	1.158244	0.05	0.958	.1242288	9.031484	
Dif pontos AVD	1.05669	.0309692	1.88	0.060	.9977015	1.119165	
Bebidas adoçadas	.0993855	.1112071	-2.06	0.039	.0110885	.890783	

Discussão

Estudo metodologicamente semelhante ao nosso, realizado no ambulatório-escola da Universidade Católica de Santos (SP), envolveu mulheres adultas e idosas que participaram da intervenção em grupo

durante 12 semanas. Foram observadas diferenças significativas na redução de IMC, circunferência abdominal, percentual de gordura, massa gorda e massa magra para adultas, e de IMC e massa gorda para idosas. Concluiu-se que a educação nutricional em

grupo realizada em curto prazo apresentou desempenho positivo na composição corporal de mulheres adultas e idosas, trazendo diversos benefícios à saúde, além de ser estratégia de baixo custo e mais natural se comparada a tratamento medicamentoso e cirúrgico.²⁰

Estudo realizado nos EUA com idosos de perfil semelhante aos nossos participantes (74% do sexo feminino, idade média de 72 anos e IMC médio de 35,90 kg/m²), com intervenção nutricional e exercício físico semanal, apresentou também perda de peso significativa e redução na circunferência da cintura após as intervenções.²¹

Outros estudos apontam também que intervenções pautadas no incentivo à alimentação adequada e saudável, principalmente associadas à prática de atividade física, apresentam resultados satisfatórios, especialmente sobre o consumo alimentar e o perfil antropométrico dos participantes.^{22, 23, 24, 25, 26, 27}

Neste estudo, as intervenções físicas propostas, baseadas em exercícios aeróbicos, de fortalecimento muscular e alongamento, trouxeram resultados positivos aos idosos: no teste da caminhada, o aumento na distância percorrida após as intervenções sugere uma melhora da capacidade aeróbica. E no teste de sentar-se e levantar-se da cadeira, o maior número de repetições realizadas indica o aumento de força nos idosos.

Apesar de as chances de ter melhor desempenho no teste de caminhada diminuírem à medida que aumenta a idade, ainda assim, é importante destacar que estudiosos dessa área evidenciam que programas de exercícios físicos regulares podem influir no processo de envelhecimento, com impacto sobre a qualidade de vida, melhoria das funções orgânicas, garantia de menor dependência pessoal e um efeito benéfico no tratamento, na prevenção e no controle de algumas doenças.²⁸

No nosso estudo, avaliando a capacidade funcional dos participantes por meio do desempenho nas atividades de vida diária (AVD), verificamos que a pontuação média foi semelhante à encontrada em estudos com idosos não obesos em várias localidades brasileiras.^{29, 30, 31}

A capacidade funcional dos idosos é um conceito extremamente relevante nessa população e que está

intimamente relacionada com a aptidão física. Se, por um lado, com o passar dos anos, o idoso tem uma diminuição nas capacidades motoras, redução da força, flexibilidade e velocidade, transformando tarefas simples em complexas, por outro, um indivíduo com boa aptidão física conseguirá manter sua capacidade funcional adequada e suas atividades de vida diária por muito mais tempo.¹⁸

Portanto, considerando a população no presente estudo, a obesidade tem implicações funcionais importantes em idosos, pois agrava o declínio da função física relacionado à idade³². Alguns estudos mostram que a obesidade está associada a um maior tempo gasto em AVD. Foi verificado que pessoas obesas gastam quase o triplo do tempo fazendo atividades diárias (vestir-se, tomar banho, ir a consultas médicas, preparar refeições) do que normalmente relatado nas mesmas faixas etárias em pessoas sem obesidade, deixando menos tempo para trabalhar, para descansar e para atividades de lazer. Observou-se também que quanto maior o grau de obesidade, maiores as chances de prejuízo nas atividades básicas como levantar da cama, vestir-se, realizar higiene pessoal, alimentar-se.^{33, 34, 35, 36}

Com relação ao consumo de determinados alimentos industrializados, encontramos as seguintes comparações com os dados coletados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) em 2018: cerca de 14% dos nossos participantes relataram ter consumido hambúrguer ou embutidos, enquanto esse consumo foi de 27,7% segundo dados do Sisvan. Em relação à ingestão de bebidas adoçadas, foram 29,8% contra 41,1%, ao passo que o consumo de alimentos ultraprocessados como macarrão instantâneo e bolachas foi relatado por apenas 7% dos participantes do nosso estudo, e por 24,3% dos entrevistados no Sisvan. Somente o consumo de doces teve um percentual similar: 21% contra 24%.³⁷

Analisando esses resultados, percebemos que os participantes do nosso estudo já não apresentavam alto consumo desses alimentos mesmo antes das atividades educativas. Ainda assim, é altamente relevante destacar que o consumo de bebidas adoçadas é negativamente associado à perda de peso, o que

significa que as pessoas que responderam afirmativamente ao consumo de bebidas adoçadas tiveram menor probabilidade de perder peso.

É possível que o perfil geral dos idosos em tratamento da obesidade em nosso serviço reúna características de transição de hábitos alimentares por maior ou menor adesão a certos alimentos que se encontram facilmente ao alcance de todos. Se os hábitos e o consumo de alimentos mais saudáveis (arroz, feijão, frutas, verduras e legumes) ainda não foram intensamente substituídos por outros menos saudáveis (alimentos ultraprocessados), bebidas não alcoólicas adoçadas foram adquiridas com certa intensidade, principalmente entre as pessoas idosas com problema de perda de peso, como indicaram os nossos achados.

Conclusão

Com os resultados encontrados após as diversas avaliações, podemos afirmar que as intervenções realizadas no grupo educativo/terapêutico para idosos obesos tiveram efeito positivo esperado em diversos aspectos: houve redução na maioria das medidas antropométricas aferidas, mudança positiva em certos comportamentos na hora da alimentação (como ver TV ou mexer em celular), aumento no número de refeições, diminuição no consumo de bebidas adoçadas, melhora no teste físico, além da melhora no desempenho funcional nas atividades da vida diária. Observou-se também que os idosos que perderam peso tiveram melhor ganho na capacidade funcional, que aqueles que consumiram bebidas adoçadas após a intervenção apresentaram significativamente menor probabilidade de perda de peso, e que os idosos com 75 anos ou mais apresentaram menor probabilidade de melhorar o desempenho físico.

Considerando esses resultados positivos, reforçamos a importância das estratégias de intervenção multiprofissional baseadas na educação nutricional, na prática de exercícios físicos regulares e também ao estímulo do autocuidado na saúde em geral como parte de uma linha de cuidado integral para o controle da obesidade em idosos.

Referências

1. Newman AM. Obesity in older adults. *The Online J Issues Nurs* 2009;14(1):1-8.
2. Boscatto EC, Duarte MF, Coqueiro RS, Barbosa AR. Nutritional status in the oldest elderly and associated factors. *Rev Assoc Med Bras [internet]*. 2013;59(1):40-7.
3. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29:1217-29.
4. Tomasi E, Nunes BP, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Piccini RX, Silva SM, Dilélio AS, Facchini LA. Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30:1515-24.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2007b.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021*. Brasília (DF); 2021.
7. Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Cavalcanti AL, Costa SFG, Asciti LSR. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011;16(5): 2383-2390.
8. Ministério da Saúde (BR). *Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília (DF); 2004.
9. Roth J, Qiang X, Marbán SL, Redelt H, Lowell BC. The obesity pandemic: where have we been and are we going? *Obes Res*. 2004; 12(2):88-100.
10. ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade*. 4.ed. São Paulo; 2016.
11. Mallmann DG, Neto NMG, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciênc. Saúde Colet [internet]*. 2015;20(6): 1763-1772.
12. Cezaretto A. Intervenção interdisciplinar para a prevenção de diabetes mellitus sob a perspectiva da psicologia:

- benefícios na qualidade de vida [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.
13. Moraes AL, Almeida EC, Souza LB. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. *Physis (Rio de Janeiro)* [internet]. 2013; 23(2):553-572.
 14. Santos PL. Efeitos de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
 15. OPAS - Organización Panamericana de la Salud. XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Encuesta Multicéntrica: Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Informe preliminar. Washington: OPAS; 2001.
 16. Rikli RE, Jones CJ. The Reliability and Validity of a 6-Minute Walk Test as a Measure of Physical Endurance in Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 1998 6:4, 363-375
 17. Jones CJ, Rikli RE, Beam WC. A 30-s Chair-Stand Test as a Measure of Lower Body Strength in Community-Residing Older Adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 1999;70(2):113-119.
 18. Andreotti RA, Okuma SS. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Rev. paul. educ. fís.* 1999;13(1).
 19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília (DF); 2015b.
 20. Cunha DT, Albano RD. Educação nutricional por meio de atividade de grupo: o desempenho de intervenção educativa de curto prazo. *Rev Bras Nutr Clin*. 2012; 27 (3): 170-5
 21. Al-Nimr RI, Wright KCS, Aquila CL, Petersen CL, Gooding TL, Batsis JA. Intensive nutrition counseling as part of a multi-component weight loss intervention improves diet quality and anthropometrics in older adults with obesity. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2020; 40: 293-299.
 22. Doerksen SE, Estabrooks PA. Brief fruit and vegetable messages integrated within a community physical activity program successfully change behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007; 4(12): 1-10.
 23. Goulet J, Lapointe A, Lamarche B, Lemieux S. Effect of a nutritional intervention promoting the Mediterranean food pattern on anthropometric profile in healthy women from the Québec city metropolitan area. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2007;61(11):1293-1300.
 24. Costa PRF, Assis AMO, Silva MCM, Santana MLP, Dias JC, Pinheiro SMC, Santos NS. Mudança nos parâmetros antropométricos: a influência de um programa de intervenção nutricional e exercício físico em mulheres adultas. *Cad. saúde pública*. 2009; 25(8):1763-1773.
 25. Bogt NCW, Bemelmans WJE, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, van der Meer K. Preventing weight gain by lifestyle intervention in a general practice setting: three-year results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011; 171(4):306-13.
 26. Mendonça RD. Efetividade de intervenções nutricionais e físicas em mulheres de serviço de Promoção de Saúde [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
 27. Menezes MC. Evolução dos estágios de mudança e do estado nutricional de mulheres mediante intervenção nutricional pautada no modelo transteórico para consumo de óleos e gorduras [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
 28. Matsudo SM, Matsudo VKR. Prescrição de exercícios e benefícios da atividade física na terceira idade. *Rev. bras. ciênc. mov.* 1992;5(4).
 29. Silva RM, Silva MC. Capacidade funcional e bem-estar de idosos participantes do programa de atividade física orientada cadastrados no Centro de Saúde Celso Nogueira da Silva de Luiziana, PR. *EFDeportes.com. Revista Digital. Buenos Aires, Ano 17, N° 176, Janeiro de 2013*.
 30. Pereira MAL, Rodrigues MC. Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio Vila Vida em Jataí-GO. *EFDeportes.com. Revista Digital. Buenos Aires, Ano 12, N° 109, Junho de 2007*.
 31. Schmidt JV. Autopercepção da capacidade funcional de idosos praticantes e não praticantes de musculação. Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2019. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação da Universidade do Sul de Santa Catarina.
 32. Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, Klein S; American Society for Nutrition; NAASO, The Obesity Society. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *Am J Clin Nutr*. 2005 Nov;82(5):923-34.
 33. Alley DE, Chang VW. The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *J Am Med Assoc*. 2007;298(17):2020-2027.
 34. Rose MA, Drake DJ. Best practices for skin care of the morbidly obese. *Bariatr Nurs Surg Patient Care*. 2008;3(2):129-134.
 35. Forhan M, Law M, Vrkljan BH, Taylor VH. Participation profile of adults with class III obesity. *OTJR Occup Particip Heal*. 2011;31(3):135-142.

36. Forjuoh SN, Ory MG, Won J, Towne SD, Wang S, Lee C. Determinants of Walking among Middle-Aged and Older Overweight and Obese Adults: Sociodemographic, Health, and Built Environmental Factors. *J Obes.* 2017.

37. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e39.

A longitudinalidade e o controle da tuberculose: Intervenções de equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo

Longitudinality and tuberculosis control: Interventions by Street Clinic teams in the city of São Paulo

Enver Lamarca Oliveira Santos^I, Suzana Kalckmann^{II}

Resumo

A literatura atual ressalta os esforços mundiais para a redução do coeficiente de incidência e de óbitos relacionados à tuberculose. Porém, estes indicadores ainda são elevados nas capitais brasileiras, com ênfase na população em situação de rua. Este artigo apresenta os resultados da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde de São Paulo, intitulado "A longitudinalidade e o controle da tuberculose: Intervenções de equipes de Consultório na Rua (eCnaR) no município de São Paulo". Objetivou identificar as práticas de cuidado de saúde desempenhadas por quatro eCnaR. Foram utilizadas duas ferramentas de coleta de dados direcionadas aos profissionais de saúde e pacientes acompanhados pelas equipes, correlacionando os atributos de longitudinalidade com a análise do conteúdo obtido. Foi evidenciada a atuação dos agentes de saúde como potente elo na construção do vínculo entre os pacientes e as eCnaR, bem como as estratégias usadas em negociações e construções de combinados com os pacientes. Também foi assinalada a importância da interface com profissionais nos centros de acolhida, em outras eCnaR e demais serviços parceiros para a conclusão do tratamento de tuberculose, constituindo efetivamente a rede de cuidado, diante da itinerância e das dificuldades enfrentadas pela população em situação de rua.

Palavras-chave: Controle da tuberculose; Pessoas em situação de rua; Consultório na Rua.

Abstract

The current literature highlights global efforts to reduce the incidence rate and deaths related to tuberculosis. However, these indicators are still high in Brazilian capitals, with emphasis on the homeless population. This article presents the results of the dissertation of the Professional Master's Degree in Collective Health by "Instituto de Saúde de São Paulo" (the São Paulo Health Institute), entitled "Longitudinality and tuberculosis control: interventions of Street Clinic teams (eCnaR) in the city of São Paulo". It aimed to identify the Healthcare practices performed by four eCnaR. Two data collection tools were used, aimed at health professionals and patients followed by the teams, correlating the attributes of longitudinality with the analysis of the content obtained. The role of the Health Agents as powerful links in building the bond between patients and eCnaR was evidenced, as well as the strategies used in negotiations and construction of agreements with patients. The importance of the interface with professionals in the Centers of Welcoming for the homeless population, other eCnaR and other partner services for the completion of tuberculosis treatment was also pointed out, effectively constituting the care network, given the itinerancy and difficulties faced by the homeless population.

Keywords: Tuberculosis control; Homeless people; Street Clinic Teams.

^I Enver Lamarca Oliveira Santos (enver.lamarca@gmail.com) é psicólogo, pós-graduado em Gestão Estratégica de Pessoas e Psicologia Organizacional e em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; mestre em Saúde Coletiva pelo programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – IS/SES-SP; e membro de uma equipe de Consultório na Rua no Município de São Paulo – Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (BOMPAR).

^{II} Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é bióloga pela Universidade de São Paulo (USP), mestre em Epidemiologia pela UNIFESP doutora em Ciências na área de concentração de Infectologia em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças (SES/SP) e pesquisadora científica e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do IS/SES-SP.

A vida em situação de rua no município de São Paulo

A última pesquisa censitária¹, realizada no ano de 2019 no Município de São Paulo, mostrou 24.344 pessoas em situação de rua. Dentre elas, 11.693 relataram fazer uso de centros de acolhida/equipamentos sociais da prefeitura e 12.651 pessoas têm pernoitado nas ruas, praças e demais logradouros públicos do município. Na evolução destas pesquisas censitárias observa-se que a população em situação de rua, que outrora permanecia nas regiões centrais da cidade, nos últimos anos vem ocupando também outros territórios na capital.

A itinerância, ao longo de anos de uma vida em situação de rua, se faz presente por diversos motivos², como a busca por recursos para a subsistência, cuidado de saúde, afetos, garantia de acessos, de segurança, dentre outros. E também porque, às vezes, pernoitar em equipamentos sociais significa acessar uma oferta regular de refeições, um espaço para guardar a bagagem, banheiro, locais para a manutenção da higiene e repouso.

“(...) os centros de acolhida são destinados à população adulta em situação de rua na cidade; tais centros são organizados e coordenados pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), administrados por Organizações Não Governamentais (ONGs) em parceria com a prefeitura municipal. Neste local, é oferecido aos acolhidos refeições, condições para realização de higiene pessoal, pernoite e recebimento da assistência de serviço social e psicológica”³ (p. 116).

Os ambientes de abrigamento também apresentam limitações, seja pelo número de vagas disponíveis ou pelo tempo da oferta de acolhimento institucional, ou ainda delimitações de horários e regras, surgimento de conflitos nos espaços de convívio coletivo e outras. Cabe ainda salientar que as configurações dos quartos são, em sua maioria, grandes galpões com

beliches separados entre si com pouca distância. Esta é uma peculiaridade importante sobre a exposição à tuberculose e a necessidade de busca ativa de sintomas respiratórios.

A tuberculose e a longitudinalidade no cuidado de saúde

A tuberculose (TB) tem se mantido como um grave problema de saúde pública no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a doença infecciosa de agente único que mais mata, superando o HIV4. A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium Tuberculosis*, que afeta com mais frequência os pulmões, mas pode infectar qualquer parte do corpo.⁵

Conforme a OMS, a bactéria se espalha pelo ar quando pessoas infectadas lançam gotículas ao tossir, espirrar ou falar. A transmissão aérea ocorre a partir da inalação de dispersões oriundas das vias aéreas das pessoas com tuberculose ativa, que lançam no ar partículas que contêm os bacilos. Os sintomas da tuberculose ativa incluem: tosse persistente por mais de duas semanas – que pode apresentar-se com sangue ou escarro - febre, apresentação de transpiração durante o sono, cansaço, dores no peito e emagrecimento.⁶

No estado de São Paulo, o coeficiente de incidência de tuberculose, em 2017, foi de 39,6 casos/100 mil habitantes e tem se mantido acima da média da Região Sudeste e da nacional. O município de São Paulo, no mesmo ano, apresentou coeficiente de incidência de 52,4/100 mil habitantes, tendo sido notificados 6.376 casos novos². O risco de adoecimento por tuberculose se apresenta 56 vezes maior na população em situação de rua.⁷

Quando a pessoa entra em contato com o diagnóstico de tuberculose, vê-se atrelada a uma série de procedimentos e rotinas, como a tomada diária de medicações, supervisionada por profissional de saúde, consultas médicas e exames periódicos. O tratamento de tuberculose dura cerca de seis meses.⁶

O controle da tuberculose tem sido construído como um caminho desenhado entre os serviços de saúde e outros parceiros. Neste caminho, são pensadas as

portas de entrada, a continuidade, os encaminhamentos e o encerramento do cuidado de saúde. Durante o tratamento, existe a possibilidade do surgimento de outras demandas de saúde como, por exemplo, as psicológicas, demandas por acolhimento em equipamento social, necessidade de atualização da documentação ou o pleiteio por benefícios.

Dada a relevância das práticas adotadas no controle da tuberculose pelas equipes de Consultório na Rua (eCnaR), com ênfase no diagnóstico oportuno, início, continuidade e conclusão do tratamento, estas práticas estão delineadas no documento norteador dos Consultórios na Rua do município de São Paulo.⁸

“O Consultório na Rua tem como objetivos ser porta de entrada da população em situação de rua ao SUS, ampliar o acesso à rede de saúde e intersetorial e buscar a integralidade no cuidado. Tais objetivos devem partir da escuta qualificada e do acolhimento das demandas trazidas pelas pessoas, portanto, a ‘porta de entrada’ é o encontro entre o profissional da equipe e a pessoa na rua. É desse encontro que surgem as articulações da rede e o planejamento das ações de prevenção, promoção de saúde e cuidado nos diferentes pontos de atenção à saúde e da rede interseccional”⁸ (p. 29).

A identificação da equipe de saúde como fonte regular de cuidados se destaca como um atributo da longitudinalidade⁹. E esta dimensão é observada quando o paciente verifica na eCnaR a possibilidade de retorno para consultas com profissionais de saúde para tratar eventos externos ao controle da tuberculose.

“A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de Atenção Primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam

receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde”¹⁰ (p. 60).

A relação interpessoal entre profissionais de saúde e pacientes com tuberculose pode ser um fator decisivo na continuidade do tratamento até sua conclusão. As condutas prescritivas devem propor o diálogo com o paciente e sua opinião deve ser respeitada, destacando que sua contrapartida seria a confiança no profissional e a coparticipação no tratamento.¹¹

“(...) a continuidade informacional é a base para a garantia da continuidade do cuidado. Diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde”¹¹ (p. 90).

A continuidade da informação permite a conexão de dados entre diferentes provedores para a condução do cuidado, tanto a informação relativa à condição clínica quanto o conhecimento sobre as preferências, os valores e o contexto do paciente. Estes elementos mostram-se importantes para assegurar o atendimento às necessidades do indivíduo.¹²

Metodologia

O estudo¹³ foi realizado no período de 2018 a 2021, durante o curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

Foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e da Prefeitura Municipal de São Paulo. A Escola Municipal de Saúde – Regional Sudeste emitiu uma carta de

anuência para a realização da pesquisa. A coleta de dados ocorreu na Coordenadoria Regional de Saúde (CRS Sudeste) em São Paulo, em três etapas. Considerando que o pesquisador atua em uma eCnaR no município de São Paulo, a escolha do local, dos instrumentos de coleta de dados e da forma de análise buscou reduzir a ocorrência de conflitos de interesse.

Na primeira etapa, durante a reunião de cada uma das quatro eCnaR, os profissionais responderam a um questionário e assinaram o consentimento informado. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas individuais com as categorias profissionais que apresentaram maior contato com os pacientes em tratamento de tuberculose. E na terceira etapa, foram feitas entrevistas semiestruturadas com pacientes acompanhados pelas eCnaR, em tratamento de tuberculose ou que realizaram o tratamento há seis meses, no máximo.

No total, 72 profissionais vinculados às quatro eCnaR foram convidados a participar do estudo, sendo que 57 responderam ao questionário autoaplicado. Na segunda etapa, foram entrevistados os profissionais que apresentaram a maior frequência de atendimentos a um mesmo paciente no período de um mês, com questões destinadas a conhecer o perfil, a história de vida e a atuação nas eCnaR. Foram entrevistados 30 profissionais que ocupavam cargos com exigência de Ensino Médio, sendo eles: agentes de saúde, agentes sociais e auxiliares de enfermagem.

As quatro eCnaR do estudo encontram-se alocadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UBS que acolhem as eCnaR são referências para os profissionais de saúde e, geralmente, iniciam o expediente e realizam atividades administrativas, como preenchimento das folhas de ponto, evoluções em prontuários, agendamentos de exames, de consultas com membros da equipe e com especialistas via regulação.

Ainda no espaço das UBS, durante a rotina das equipes, são realizadas as reuniões e parte dos cadastros de pacientes que se dirigem até ela, bem como a retirada da medicação de tuberculose, quando assim acordado, entregue diariamente aos pacientes. Embora sediadas em UBS, as equipes de Consultório na Rua

desempenham boa parte de suas atividades diárias nas ruas, praças, pontes, viadutos e equipamentos sociais.

“O território de cada uma das equipes de Consultório na Rua não deverá estar circunscrito à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde ou Coordenadoria Regional de Saúde, mas sim baseado no diagnóstico local de permanência e itinerância das pessoas em situação de rua”⁸ (p. 30).

Na terceira etapa, foram entrevistados nove pacientes, acompanhados pelas quatro equipes de Consultório na Rua, sendo quatro deles em tratamento de tuberculose e cinco que haviam recebido alta por cura. As perguntas foram direcionadas para conhecer o perfil e a história de vida dos pacientes e a sua percepção quanto a longitudinalidade no controle da tuberculose e demais cuidados de saúde realizados pelas eCnaR.

As entrevistas foram realizadas individualmente após a explicação aos pacientes sobre a proposta do estudo e o esclarecimento das dúvidas. Foram feitas nos locais de permanência dos entrevistados e buscou-se coletar dados para obter a sua percepção sobre a eCnaR como fonte regular de cuidados, relação interpessoal com os profissionais de saúde e a continuidade informacional realizada.

Os dados coletados foram analisados conforme os atributos de longitudinalidade/continuidade do cuidado⁹ na Atenção Primária, usando como condição traçadora o controle da tuberculose e o reconhecimento pela população adscrita das eCnaR como fonte regular de cuidados, bem como as práticas relatadas pelos profissionais de saúde voltadas para o estabelecimento do vínculo duradouro nas relações interpessoais e a continuidade informacional.

Resultados e Discussão

Nos relatos dos pacientes, foi apresentado o reconhecimento de explicações e condutas das eCnaR quanto às queixas apresentadas, porém, na fala

dos profissionais entrevistados, foi verificado o baixo reconhecimento dessas práticas. Conforme preconizado no protocolo de enfermagem sobre o tratamento diretamente observado (TDO), que menciona a importância da visita, das orientações e do encorajamento⁶, vale mencionar que o agente de saúde qualificado pode se transformar em um relevante instrumento de disseminação do conhecimento e do esclarecimento de dúvidas, motivando a continuidade do tratamento da tuberculose.

O acesso ao diagnóstico oportuno e o tempo de tratamento foram mencionados pelos participantes do estudo. O tratamento de tuberculose ainda se encontra envolto por tabus, como a vergonha por ter entrado em contato com a doença e o receio exacerbado de transmiti-la. Notou-se que nas três etapas do estudo os profissionais das eCnaR e os pacientes entrevistados mencionaram a ocorrência de incômodos causados por efeitos colaterais das medicações, como enjoo, dores no corpo e aumento no volume de urina.

Nas colocações dos pacientes entrevistados, foram apresentadas histórias de vidas e vivências de pernoites e de permanência nas calçadas e ruas, intercaladas por períodos de acolhimento em equipamentos sociais. O tempo de permanência relatado foi entre 2 e 35 anos, com narrativas de rotinas de alimentação insuficiente e desbalanceada, baixa qualidade de sono, exposição às intempéries, vivência de conflitos e agressões, relação de uso abusivo de álcool e outras drogas e a presença de outros fatores estressores.

Dos 30 profissionais de saúde entrevistados, sete afirmaram não ter pernoitado nas ruas e equipamentos sociais da prefeitura. Dos que vivenciaram a situação de rua, que afirmaram ter utilizado centros de acolhida e/ou terem pernoitado nas ruas, foi mencionado o tempo de permanência entre 6 meses e 5 anos.

Os profissionais de saúde entrevistados relataram terem passado por momentos breves em que utilizaram equipamentos sociais da prefeitura, por terem rompido vínculos familiares, vivenciando o luto de um familiar, desemprego e outros episódios. Em alguns casos, foi relatado o uso abusivo de álcool e drogas. Também ocorreram relatos de vivências em equipamentos de

acolhimento ou nas ruas por períodos maiores, iniciados na infância e adolescência. Um dos entrevistados pontuou que se encontrava nesta situação.¹³

A vivência pessoal nas ruas e em equipamentos sociais apareceu com frequência nas falas dos agentes de saúde, sendo esta uma condição relevante para a contratação desta categoria profissional, feita por uma das organizações sociais que administra as eCnaR. Esse critério para a contratação foi mencionado em mais de uma ocasião, em três das quatro equipes entrevistadas.

Alguma similaridade entre as características destes profissionais de saúde – em relação ao seu histórico de vida e vivência em situação de rua – com as dos pacientes foi evidenciada no comparativo dos perfis dos entrevistados, sendo este um potencial facilitador para a atuação do agente de saúde na construção de vínculos entre eles. Destacou-se nas narrativas dos profissionais de saúde, principalmente agentes de saúde, a intencionalidade da criação de relações interpessoais e de vínculos com os pacientes atendidos.

Os atributos de longitudinalidade apresentados

Na análise do conteúdo¹⁴ e na categorização das colocações dos participantes do estudo, conforme os atributos de longitudinalidade⁹, foram evidenciadas as práticas de cuidado de saúde da seguinte forma:

Fonte regular de atenção – a partir das respostas dos profissionais de saúde, foi criada a categoria: “*Cobertura e revezamento na entrega de medicação de tuberculose*”, com destaque para a necessidade da entrega diária da medicação aos pacientes e a apropriação dos casos por demais membros da equipe, com ênfase no vínculo entre agentes de saúde e os pacientes em tratamento de tuberculose.

Outra categoria relevante foi: “*Comunicação entre os serviços de saúde e da assistência social*”, mencionando a necessidade da manutenção do diálogo entre profissionais da saúde, responsáveis pelo tratamento de tuberculose, e profissionais da assistência social, responsáveis pela acomodação e estadia dos pacientes nos centros de acolhida. Também foi enfatizada a

gestão do caso e a entrega da medicação no contexto dos acompanhamentos dos pacientes em tratamento de tuberculose.

Neste atributo, a partir das falas dos pacientes, foram destacadas duas categorias: “*Início do acompanhamento de saúde com a eCnaR, com o diagnóstico e início do tratamento de tuberculose*” e “*Início do acompanhamento de saúde com uma eCnaR e continuidade com outra eCnaR*”, ressaltando as equipes como referência para o tratamento de tuberculose, a itinerância dos pacientes e a continuidade do cuidado pela comunicação entre as eCnaR.

“Eles (outra eCnaR) traziam o remédio para mim, eu não conseguia andar. Aí me trouxeram para cá, eles que me arrumaram a vaga. Eu comecei na eCnaR 01, quando eu vim para essa área desde 2014. Tenho um problema de úlcera e depois foi acrescentando outros problemas, na eCnaR 01 foi só a úlcera, aí depois no tratamento de saúde na eCnaR 02, deu tuberculose ano passado” (Paciente acompanhado pela eCnaR 02).

Relação interpessoal entre profissionais de saúde e pacientes – Neste atributo, destaca-se a categoria: “*Conscientização da importância do tratamento até o final*”. A composição desta categoria assinala a busca por constantes sensibilizações dos pacientes quanto ao cuidado de si e continuidade do tratamento. Foi mencionada a necessidade do monitoramento clínico e ressaltada a importância da manutenção das relações interpessoais.

Os profissionais de saúde realizaram apontamentos sobre a importância do acolhimento e de ações de educação em saúde, sendo mencionada a oferta de orientações aos pacientes sobre o tratamento de tuberculose e de atendimento psicológico. Pontuaram ainda a necessidade de monitoramento do andamento dos tratamentos por meio de exames periódicos e ressaltaram a necessidade da continuidade da busca ativa por casos novos.

A categoria “*Itinerário Terapêutico*” foi mencionada como um instrumento criado para monitorar os locais de permanência das pessoas em tratamento de tuberculose. Segundo os profissionais, nesta ferramenta são coletadas informações sobre o cotidiano dos pacientes, ressaltando os ambientes geográficos frequentados. Com isso, busca-se conhecer mais profundamente a forma de interação dos sujeitos com o município e regiões, além de viabilizar futuras abordagens em caso de abandono do tratamento.

Também foi criada a categoria “*Garantia de Direitos*”, na qual foi mencionada a necessidade de cuidado integral em saúde dos pacientes em tratamento de tuberculose, ressaltando a importância da reinserção social, da facilitação da retomada dos vínculos familiares, documentação pessoal e fortalecimento da autoestima.

Finalizando este atributo, na categoria “*Internação Hospitalar*”, foi apontada a importância do tratamento de tuberculose, realizado durante o período de seis meses, ocorrer, em alguns casos, em ambiente hospitalar. Também foi ressaltada, nas colocações de alguns profissionais entrevistados, o desejo pela obrigatoriedade do tratamento, sendo a internação hospitalar uma forma de garantia da continuidade.

As eCnaR, frente às demandas apresentadas pelos pacientes no atendimento diário, viam-se impelidas a desenvolver estratégias, técnicas e procedimentos, buscando dar respostas a essas necessidades¹⁵. Esta categoria, assim como outras apontadas no estudo, mostra a possibilidade da construção de parcerias com demais serviços de saúde na proposta do atendimento em rede.

Apesar disso, o direcionamento para a obrigatoriedade da adesão dos pacientes ressalta um desvio no atributo de longitudinalidade das relações interpessoais entre profissionais de saúde e pacientes acompanhados. A longitudinalidade¹² requer uma relação terapêutica pautada por corresponsabilização e confiança. De acordo com a autora, a longitudinalidade é baseada na constituição de vínculos, no desenvolvimento de uma relação de cuidado ao longo do tempo, conforme as abordagens e interações com a eCnaR.

Nas entrevistas com os pacientes, a partir dos questionamentos sobre a relação interpessoal, foram destacadas as seguintes categorias: “*Afirmar ter falado do seu histórico de vida*”, “*Ressalta como positivo o atendimento que lhe é destinado*” e “*Sente que houve espaço para perguntas e que as respostas foram adequadas.*”

“Sim, pelo fato de eu trabalhar, eles colaboraram comigo, porque sabiam que eu trabalhava, aí eu passava lá e eles me entregavam os comprimidos para eu não chegar atrasado no serviço” (Paciente acompanhado pela eCnaR 04).

“Eu queria parar de tomar o remédio, não estava mais aguentando tomar o remédio. Comentava com a equipe, eles falavam que é desse jeito mesmo. O que facilitou foi o tratamento, para mim aqui, foi o pessoal ser legal comigo” (Paciente acompanhado pela eCnaR 01).

Continuidade informacional no cuidado de tuberculose – Foram geradas categorias como: “*Comunicação entre os sistemas de informatização*”, “*Registro em prontuário e livro ATA nas reuniões de equipe*” e “*Registro em prontuário e banco de dados eletrônico*”, indicando a importância da comunicação e do registro de informações no enfrentamento diário dos desafios do tratamento de tuberculose.

A partir das colocações dos pacientes, foram tecidas as seguintes categorias: “*Acredita que as queixas e dúvidas são registradas*”, “*Paciente menciona o seguimento da informação no diagnóstico e tratamento*” e “*Paciente aponta o momento de reunião da eCnaR como uma forma de troca de informações sobre o seu caso.*”

Sobre as dúvidas durante o tratamento de tuberculose: “(...) ou na hora ou depois e na reunião deles. Eles debatem lá e me respondem” (Paciente acompanhado pela eCnaR 01).

Estratégias desenvolvidas

A partir dos relatos dos pacientes, foram criadas três categorias com relação à entrega da medicação de tuberculose no TDO, conforme os combinados entre os pacientes e as eCnaR, sendo elas: “*Paciente se deslocava diariamente até UBS para retirar a medicação*”, “*Medicação levada ao paciente nos primeiros meses e, posteriormente, ele se deslocava até a UBS*” e “*Medicação levada ao paciente durante todo o tratamento*”. Foi observada a construção de combinados com os pacientes¹⁶, em um movimento de flexibilização do tratamento, pois a tuberculose se mostra diferente para cada sujeito e estratégias individualmente customizadas aumentam as chances de sucesso ao longo do tratamento.

“Entre os sentidos do cuidado para o controle da tuberculose presentes nos discursos passíveis de destaque estão as habilidades dos profissionais em conhecer o território que atuam, realização da clínica de modo acolhedor, disposição em estabelecer vínculo, atenção às necessidades individuais do sujeito como cidadão de direitos e a capacidade de persistir investindo no cuidado mesmo diante das adversidades”¹⁶ (p. 76).

Foram observados apontamentos referentes a formas de abordagem, oferta de serviço e tentativa de vinculação com os pacientes no território, sendo mencionadas também ações em que as equipes realizam grupos de educação em saúde, o “Café sem TB”, testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis e ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios. As ações de busca ativa, nas ruas e nos equipamentos sociais, apareceram nos relatos dos profissionais de saúde como ferramentas de verificação contínua, atividade realizada na prática diária dos agentes de saúde.

Também foram evidenciadas articulações com serviços parceiros, na tentativa de construir redes de apoio. Por exemplo, na solicitação de vaga fixa em centros de acolhida, com o objetivo de garantir o repouso,

a alimentação e a manutenção da higiene, bem como aumentar as chances de permanência do paciente no local e da continuidade ao cuidado. Também foram apresentadas outras soluções aos problemas diários desses pacientes, com grande relevância para a adesão e para o sucesso do tratamento de tuberculose.⁶

“(...) é primordial um trabalho de equipe que repercute em discussões de casos e no trabalho em rede para fundamentar o planejamento e a continuidade das ações. São destacadas a realização indiscriminada de exames de baciloscopia e cultura a todos os cadastrados, busca ativa de faltosos e supervisão do trabalho”¹⁶ (p. 78).

Uma das ações recorrentes, apontada no relato dos profissionais, foi o “Café sem TB”, evento em que as equipes oferecem um café da manhã ou café da tarde aos pacientes acompanhados em tratamento de tuberculose e pacientes que obtiveram alta recentemente. O café é ofertado a partir do repasse de doações, após a captação de recursos realizada pelos profissionais de saúde e uma das organizações sociais que administra as eCnaR.

Durante o café, os profissionais de saúde buscam acolher queixas e responder as dúvidas dos pacientes. Também ocorrem depoimentos de pessoas que concluíram o tratamento de tuberculose e receberam alta por cura, que partilham a sua trajetória, destacando as adversidades enfrentadas e os pontos que auxiliaram na conclusão do tratamento.

Considerações finais

A presença dos três atributos de longitudinalidade nas práticas adotadas pelas eCnaR destaca os avanços no cuidado de saúde das pessoas em situação de rua, com ênfase nas estratégias de comunicação direcionadas ao cuidado de pessoas expostas à tuberculose. Vale ressaltar que, diante do desafio da itinerância dessas pessoas, a longitudinalidade tem sido agregada à prática das eCnaR, com destaque para

a troca de informações nas reuniões de equipe, nos registros em prontuário, por mensagens eletrônicas, telefonemas e a comunicação entre as eCnaR. Estes recursos apresentaram evidências sobre a diminuição do retrabalho, do desgaste dos pacientes e da descontinuidade no fluxo de informações.

Também foram apresentados conteúdos sobre a comunicação com hospitais de pronto atendimento e de especialidades, e o desenvolvimento do cuidado compartilhado com demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), abordando o vínculo exemplificado no acompanhamento realizado por um agente de saúde levando um paciente em consulta de especialidade médica, o monitoramento da internação e a articulação para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Reforçando o importante papel desempenhado pelos agentes de saúde nas eCnaR e no cuidado com os pacientes em tratamento da tuberculose, verificou-se que parte significativa desses profissionais mencionou não possuir nenhum curso ou formação sobre TB. Considerando as atribuições do cargo do agente de saúde, foi destacada a relevância de formações que proporcionem a esses profissionais a apropriação de informações gerais sobre a tuberculose.

A prática do cuidado envolve o encontro entre os sujeitos – o profissional de saúde e o paciente – no acolhimento das intenções e expectativas apresentadas por ambos³; vale salientar que os resultados encontrados no estudo sobre a atuação das eCnaR explicitou a necessidade de formar, capacitar e de atualizar constantemente os profissionais de saúde em educação permanente e continuada.

Por fim, os três atributos de longitudinalidade se apresentaram nas práticas e na atuação das equipes de Consultório na Rua, sendo verificado o impacto positivo das ações diante dos desafios do cuidado de saúde da população em situação de rua. Notou-se que as eCnaR do município de São Paulo têm utilizado os avanços do aparato para a prevenção, diagnóstico oportuno e o tratamento da tuberculose, e em algumas ocasiões, têm acrescentado estratégias e ferramentas para encontrar, sensibilizar e motivar os pacientes acompanhados até o momento da alta por cura.

Referências

1. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (SP). Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua [internet]. Qualitest. 2019 [acesso em 14 abr 2023]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieYzY2MDJmNTAtNzhIMiOONzliLTk4MzYtY2MzN2U-5ZDE1YzI3liwidCI6ImEOZTA2MDVjLWUzOTUtNDZIYS1iMmE4LThiNjE1NGM5MGUwNyJ9>
2. FIPE - Fundação Instituto de Pesquisa Econômica. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo: 2015. São Paulo; 2015.
3. Noronha A, Fonseca PMM, Carneiro AMC, Neri ECFP. Centro de Acolhimento para Adultos: Impacto na Sociedade. São Paulo: Unicastelo; 2011. v.2
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Brasília (DF); 2018. (Boletim Epidemiológico; 11) v. 49.
5. WHO - World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2022 [internet]. Geneva; 2022 [acesso em 14 abr 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>.
6. Ministério da Saúde (BR). Tratamento Diretamente Observado - TDO da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília (DF); 2011.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Brasília (DF); 2019. (Boletim Epidemiológico; 9). v. 50
8. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP). Documento Norteador dos Consultórios na Rua [internet]. 2016 [acesso em 14 abr 2023]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/norteadorconsultoriona%20ruabaixa23122016.pdf>
9. Cunha EM, Andrade GRB, Oliveira CCM, Marques MC, Vargens JMC, O'Dwyer G. Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: processo de validação por especialistas. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Coletiva. 2017; 25(2): 249-258.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
11. Cunha EM. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009.
12. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade, continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(sup 1):1029-1042.
13. Santos ELO. A longitudinalidade e o controle da tuberculose: intervenções de equipes de Consultório na Rua no Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES; 2021 [acesso em 04 jul 2023]. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/4dsd5>
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
15. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde debate. 2015;39 (esp):246-256.
16. Alecrim TFA. A rua que acolhe, a rua que cura: equipe de Consultório na Rua como Estratégia para atenção à pessoa com tuberculose. São Carlos: UFSCar; 2016.

Conhecimento e aplicação do Guia Alimentar na promoção da alimentação adequada e saudável: estudo com médicos e enfermeiros da ESF

Knowledge and Use of the Food Guide in Promotion of Adequate and Healthy Food: a Study with Physicians and Nurses of the Family Health Strategy

Hariane Thaine Bueno Rodrigues^I, Mariana Tarricone Garcia^{II}

Resumo

O objetivo deste estudo foi mensurar o conhecimento e a percepção de autoeficácia e eficácia coletiva na aplicação do Guia Alimentar para a População Brasileira em ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) entre médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Bárbara d'Oeste, SP. Trata-se de um estudo transversal descritivo, sendo que a coleta de dados utilizou duas escalas validadas. A GAB1 mensurou o conhecimento sobre o Guia Alimentar, enquanto a GAB2 identificou a percepção de autoeficácia e eficácia coletiva na aplicação do Guia em ações de PAAS. Os profissionais apresentaram médias moderadas de conhecimento e autoeficácia na utilização do Guia Alimentar. No entanto, foram observadas lacunas e inseguranças em relação ao conteúdo e utilização desse material, com uma percepção limitada de eficácia coletiva. Esses resultados apontam para a necessidade de fornecer capacitação aos profissionais da ESF, com ênfase no conteúdo e na utilização adequada do Guia Alimentar, visando fortalecer a PAAS e melhorar a efetividade das ações na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Guias alimentares; Promoção da saúde alimentar e nutricional; Estratégia Saúde da Família.

Introdução

A alimentação adequada e saudável, além de ser um direito humano básico¹, está associada a uma melhor qualidade de vida e à prevenção de doenças.

^I Hariane Thaine Bueno Rodrigues (harianeb@gmail.com) é nutricionista, pós-graduada em Obesidade e Emagrecimento, Nutrição em Saúde Pública, Gestão da Clínica nas RAS e mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS-SES/SP). Atua como nutricionista e coordenadora responsável em Nutrição de Santa Bárbara d'Oeste/SP.

^{II} Mariana Tarricone Garcia (mariana.garcia@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, doutora em Saúde Pública e PqC II no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; docente e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Abstract

This study aimed to measure the knowledge and perception of self-efficacy and collective efficacy in applying the Food Guide for the Brazilian Population in actions to promote adequate and healthy food (PAAS) among physicians and nurses of the Family Health Strategy (ESF) teams from Santa Bárbara d'Oeste-SP. It is a descriptive cross-sectional study, and data collection used two validated scales. GAB1 measured knowledge about the Food Guide, while GAB2 identified the perception of self-efficacy and collective effectiveness in applying the Guide in PAAS actions. The professionals showed moderate mean values of knowledge and self-efficacy in using the Food Guide. However, we observed gaps and insecurities regarding the content and use of this material, with a limited perception of collective effectiveness. These results point to the need to provide training to FHS professionals, emphasizing the content and proper use of the Food Guide, aiming to strengthen the PAAS and improve the effectiveness of actions in Primary Health Care.

Keywords: Food guides; Food and nutritional health promotion; National Health Strategies.

Porém, uma alimentação em que predominam produtos ultraprocessados se relaciona a perfis nutricionais desfavoráveis e ao risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{2,3}. Essas doenças representam um desafio significativo para a saúde pública, acarretando impactos negativos na qualidade de vida das pessoas devido a morbidades e contribuindo como principal causa de morte no Brasil e no mundo.⁴⁻⁶

Com o propósito de redução e controle das taxas das DCNT, além da disseminação da cultura da alimentação saudável, uma das diretrizes da Política Nacional

de Alimentação e Nutrição (PNAN) é a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)⁷. A PNAN destaca o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) como um instrumento para promover práticas alimentares⁷. O GAPB foi elaborado para atender à população brasileira como um todo, inclusive aos profissionais de saúde, para apoiar as ações de educação alimentar e nutricional.⁸

A Atenção Primária à Saúde (APS), organizada principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), oferece um ambiente favorável para a implementação dessas ações^{9,10}. Vale destacar que a equipe de ESF é multiprofissional e responsável pela assistência integral à saúde da população, tanto individual como coletivamente.¹¹

A PAAS é uma ação considerada uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde da APS, buscando a promoção da saúde integral. No entanto, para que isso ocorra, torna-se essencial que os profissionais tenham conhecimento para realizar essas ações¹². Estudos apontam dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem sobre alimentação e nutrição, apesar de lidarem com esse tema em suas rotinas na APS^{13,14}. Isso pode impactar a percepção de habilidade e confiança do profissional em aplicar o conhecimento sobre o tema, além da segurança sobre a capacidade da equipe de trabalho em realizar ações de PAAS.

Diante disso, este estudo teve como objetivo mensurar o conhecimento e a percepção de autoeficácia e eficácia coletiva na aplicação do GAPB em ações de PAAS entre médicos e enfermeiros da ESF.

Metodologia

Este estudo transversal descritivo foi conduzido em Santa Bárbara d'Oeste, SP. O município possui 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que seis delas têm Equipes de Saúde da Família (EqSF), totalizando nove EqSF atuantes. Essas equipes são responsáveis por fornecer assistência a mais de 5600 famílias no município. A população de estudo foi composta por 11 médicos e nove enfermeiros que atuam nessas EqSF.

Para a coleta de dados, foram utilizadas duas escalas previamente validadas¹⁵. A primeira escala, GAB1, foi desenvolvida para mensurar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação aos conteúdos do GAPB. A segunda escala, GAB2, foi utilizada para identificar a percepção de autoeficácia e a da eficácia coletiva em relação à aplicação do GAPB em ações de PAAS. Ambas as escalas foram autoaplicáveis por meio do *Google Forms*, entre novembro e dezembro de 2022. O formulário iniciava com um questionário para o levantamento das características dos participantes.

A escala GAB1 consiste em 16 afirmações sobre o GAPB, com três opções de resposta (verdadeiro, falso e não sei). Foi calculada a soma dos acertos, conforme conteúdo presente no GAPB, considerando a resposta "não sei" como incorreta.

A segunda escala foi composta por 24 itens, utilizando uma escala de Likert, dividida em duas seções: (1) Percepção de Autoeficácia e (2) Eficácia Coletiva. Na primeira seção, os participantes indicaram seu nível de confiança em aplicar seu conhecimento sobre o GAPB em sua rotina, variando entre "Nada confiante", "Um pouco confiante", "Confiante" e "Muito confiante". Na segunda seção, os participantes responderam afirmações sobre a percepção em relação à equipe de trabalho na aplicação do GAPB, com as opções "Falso", "Às vezes verdadeiro", "Verdadeiro" e "Muito Verdadeiro". Ambas as seções tinham suas opções de respostas na escala de 0, 1, 2 e 3 pontos, e a soma final podia variar de 0 a 36 pontos. Os resultados das escalas foram apresentados segundo seus valores médios e de intervalo de confiança (IC 95%), como proposto por Tramontt & Jaime¹⁶, e também valores medianos e percentis 25 e 75.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde de São Paulo (CEPIS-SP), sob o número de parecer 5.636.208. A participação dos profissionais de saúde foi voluntária, e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo sua confidencialidade e anonimato durante o estudo.

Resultados

As características dos participantes estão descritas na Tabela 1. Prevaleram as profissionais do sexo feminino e com idades entre 36 e 45 anos. O tempo de formação dos profissionais variou de 2 a 15 anos, e a maioria dos enfermeiros relatou ter cursado disciplinas de nutrição durante a graduação.

A maior parte dos participantes (65%) atua há menos de 5 anos na ESF. Durante esse período, apenas alguns profissionais participaram de cursos relacionados a alimentação e nutrição, sendo que dois realizaram cursos com carga horária superior a 20 horas e quatro profissionais relataram ter participado de cursos mais curtos sobre o tema. Todos os profissionais referiram abordar sobre alimentação e nutrição na rotina em ESF.

Tabela 1 – Caracterização dos médicos e enfermeiros de ESF participantes do estudo (n=20), Santa Bárbara d'Oeste - SP, 2022.

	Médicos (n=11)		Enfermeiros (n=9)		Total (n=20)	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Feminino	9	81,8	8	88,9	17	85,0
Masculino	2	18,2	1	11,1	3	15,0
Unidade de atuação						
Unidade 1	2	18,2	2	22,2	4	20,0
Unidade 2	2	18,2	2	22,2	4	20,0
Unidade 3	2	18,2	2	22,2	4	20,0
Unidade 4	2	18,2	1	11,1	3	15,0
Unidade 5	2	18,2	1	11,1	3	15,0
Unidade 6	1	9,1	1	11,1	2	10,0
Idade						
De 26 a 35 anos	1	9,1	1	11,1	2	10,0
De 36 a 45 anos	9	81,8	7	77,8	16	80,0
De 46 a 55 anos	0	0,0	1	11,1	1	5,0
> 56 anos	1	9,1	0	0,0	1	5,0
Tempo de formação						
De 1 a 5 anos	4	36,4	4	44,4	8	40,0
De 6 a 10 anos	4	36,4	1	11,1	5	25,0
De 11 a 15 anos	3	27,3	4	44,4	7	35,0
Tempo de atuação em ESF						
De 1 a 5 anos	7	63,6	6	66,7	13	65,0
De 6 a 10 anos	4	36,4	1	11,1	5	25,0
De 11 a 15 anos	0	0,0	2	22,2	2	10,0
Cursaram alguma disciplina de nutrição durante a graduação						
Participaram de algum curso sobre A&N (carga horária maior que 20 h) nos últimos 5 anos	2	18,2	0	0,0	2	10,0
Participaram de algum curso sobre A&N (carga horária menor que 20 h) nos últimos 5 anos	2	18,2	2	22,2	4	20,0
Abordam A&N na rotina de atendimento	11	100,0	9	100,0	20	100,0

Nota: A&N – Alimentação e nutrição; ESF – Estratégia de Saúde da Família

Os resultados referentes à aplicação da escala GAB1 e GAB2 (Tabela 2) demonstram que tanto os médicos quanto os enfermeiros obtiveram médias próximas na escala de conhecimento, bem como em relação à autoeficácia na utilização do GAPB.

Em relação às questões presentes na escala GAB1, o conhecimento sobre quais alimentos devem compor a base para uma alimentação adequada e saudável foi unânime, sendo que todos os profissionais afirmaram ser os alimentos in natura ou minimamente processados

Na escala GAB2, 75% dos profissionais não se sentem confiantes na orientação aos usuários sobre como economizar com a compra de alimentos saudáveis e essa mesma proporção declara não ter conhecimento sobre o conteúdo do GAPB. Além disso, 80% dos profissionais referem não conseguir promover

a alimentação saudável no território de atuação usando esse material.

Já a seção sobre a eficácia coletiva na utilização do GAPB revelou a maior diferença entre os dois grupos, dos quais os enfermeiros obtiveram uma média superior em comparação com os médicos. Todavia, no geral, os resultados demonstram que os profissionais apresentam uma percepção relativamente baixa de eficácia coletiva, já que a escala utilizada permitia uma pontuação máxima de 36 pontos, e a média geral foi de 14,3 pontos (IC 95% 11,93-16,67).

O item que obteve a maior eficácia coletiva por parte dos profissionais (60%) refere-se à capacidade da equipe em identificar, no território, os locais adequados para a aquisição de alimentos in natura ou minimamente processados. Em relação à aplicação do GAPB nas ações de PAAS, apenas 20% dos profissionais expressaram algum nível de confiança na equipe.

Tabela 2 – Resultados das escalas de conhecimento, autoeficácia e eficácia coletiva entre médicos e enfermeiros da ESF, Santa Bárbara d’Oeste - SP, 2022.

Escalas		Média	Mediana
		(IC 95%)	(P 25, P 75)
Médicos (n=11)	Conhecimento sobre o Guia Alimentar	12,2 11,2-13,2	13,0 11,5-13,0
	Autoeficácia para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	16,7 13,0-20,4	17,0 14,5-20,0
	Eficácia coletiva para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	13,5 10,3-16,8	13,0 10,5-17,0
Enfermeiros (n=9)	Conhecimento sobre o Guia Alimentar	11,7 9,8-13,6	12,0 10,0-14,0
	Autoeficácia para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	17,0 14,3-19,7	15,0 14,0-19,0
	Eficácia coletiva para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	15,2 11,7-18,7	12,0 12,0-18,0
Geral (n=20)	Conhecimento sobre o Guia Alimentar	12,0 11,0-13,0	12,5 11,0 - 13,3
	Autoeficácia para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	16,9 14,6-19,2	16,5 14,0-19,5
	Eficácia coletiva para utilizar o Guia Alimentar para ações de PAAS	14,3 11,9-16,7	12,5 11,8-18,3

Nota: PAAS – Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Discussão

As escalas utilizadas neste estudo se mostraram instrumentos valiosos para avaliar a capacidade dos profissionais da ESF na aplicação do GAPB. Elas revelaram lacunas e necessidades de capacitação na PAAS, que podem contribuir para o aprimoramento das práticas profissionais e o uso efetivo do GAPB na ESF.

Os resultados revelaram que médicos e enfermeiros possuem conhecimentos semelhantes sobre o conteúdo do GAPB. Reis & Jaime¹⁷, comparando o conhecimento de nutricionistas com outros profissionais da APS, observaram que a média de acertos dos nutricionistas (14,18) foi estatisticamente superior a das outras profissões (11,52), que se assemelhou ao conhecimento de nossa amostra. No estudo de Tramontt & Jaime¹⁶, o conhecimento dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), antes da intervenção educativa sobre o GAPB, foi semelhante ao nosso estudo, de 12,25 e 10,83 nos grupos controle e intervenção, respectivamente. Após a intervenção, o conhecimento do grupo aumentou significativamente, o que reforça a importância de estratégias educativas com os profissionais com foco na PAAS. Em nosso estudo, os conhecimentos foram considerados moderados, com lacunas e inseguranças em relação à sua utilização, apesar de todos os profissionais abordarem temas de alimentação e nutrição em suas rotinas.

No que diz respeito à experiência profissional, observou-se que a atuação da maioria dos participantes na ESF é recente, o que pode influenciar a falta de conhecimento aprofundado em nutrição e alimentação¹⁸. Ademais, é importante ressaltar que grande parte desse tempo foi caracterizada pela pandemia da covid-19, o que resultou em um direcionamento prioritário para a educação continuada sobre a pandemia, impactando a qualificação em outros temas¹⁹. Foi observado que apenas alguns profissionais participaram de cursos relacionados à alimentação e nutrição, destacando a importância de fornecer suporte e capacitações adicionais sobre PAAS.

O conhecimento sobre a PAAS por parte dos profissionais de saúde é de suma importância para

oferecer as orientações necessárias e adequadas durante as atividades realizadas na UBS e no território. Todavia, a formação básica de muitos profissionais da área da saúde frequentemente é insuficiente nesse tema²⁰.

Os achados deste estudo revelaram que apenas quatro dos médicos participantes mencionaram ter cursado disciplinas direcionadas à nutrição, o que corrobora uma revisão de escopo que destacou que a educação nutricional na formação médica por muitos anos foi subestimada²¹. Em contraste, a maioria dos enfermeiros afirmou ter recebido essa formação em alguma disciplina. Diante dessa disparidade na formação dos profissionais de saúde, permanece a necessidade de fortalecer a capacitação em nutrição e promover a divulgação e o acesso a materiais confiáveis sobre o tema, para os profissionais se manterem atualizados e embasados em suas práticas.

Os guias alimentares são documentos oficiais com recomendações para uma alimentação adequada. Sua atualização periódica é essencial para atender às necessidades da população e orientar políticas públicas²². O GAPB está em sua segunda edição, lançado em 2014 pelo Ministério da Saúde do Brasil. Foi desenvolvido como uma ferramenta prática e útil para comunicar as recomendações de alimentação adequada e saudável^{9,23}.

No entanto, neste estudo, a maioria dos profissionais declarou não estar familiarizada com o conteúdo do GAPB, e, conseqüentemente, foi observada baixa autoeficácia na utilização desse material para a PAAS no território de atuação. No estudo de Reis & Jaime¹⁷, a baixa autoeficácia entre profissionais não nutricionistas também foi encontrada. Já no estudo de Tramontt & Jaime¹⁶, após a intervenção educativa, a autoeficácia do grupo aumentou de 16,08 para 22,83, o que foi estatisticamente significativo. As autoras discutem que, juntamente com uma boa capacitação, uma melhor autoeficácia em executar determinadas ações leva o profissional a repensar suas práticas e mudar suas atitudes. Segundo Bandura²⁴, a autoeficácia refere-se à crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar com sucesso uma tarefa específica ou de

lidar efetivamente com determinada situação. Essa percepção de autoeficácia influencia a motivação e o desempenho, levando indivíduos a acreditar em seu potencial, adotando comportamentos proativos para alcançar os objetivos.

A alimentação e a nutrição são determinantes do processo saúde-doença na APS, exigindo que profissionais da equipe estejam preparados para reconhecer e abordar aspectos relacionados à alimentação e suas implicações na saúde das pessoas¹¹.

Em relação a isso, outro ponto importante é a responsabilidade compartilhada e o trabalho em equipe, que é essencial na atenção à saúde, visando à efetividade e integralidade do cuidado. No entanto, é comum a ideia de que a responsabilidade pelos cuidados de alimentação e nutrição recai exclusivamente sobre os nutricionistas. Por isso, o Ministério da Saúde propõe a responsabilidade compartilhada e o trabalho em equipe na APS, reconhecendo a importância de profissionais de diversas áreas atuarem de forma integrada para promover um cuidado integral que inclui a atenção nutricional¹¹. O trabalho colaborativo depende de fatores ligados aos usuários, profissionais e ambiente de trabalho, mas dificuldades na realização da atuação colaborativa interprofissional podem atrapalhar a efetivação das ações de PAAS.²⁵

É fundamental identificar a eficácia coletiva, que se refere à crença compartilhada por um grupo na capacidade conjunta de alcançar metas e realizar ações de forma eficaz, influenciando a motivação, o comportamento e o desempenho do grupo²⁶. Envolve colaboração e confiança mútua entre os membros. Nessa perspectiva, os resultados deste estudo revelaram que os profissionais apresentaram pouca confiança na equipe para a aplicação do GAPB. Em comparação com o estudo de Tramontt & Jaime¹⁶, que variou entre 23,09 e 25,42, observa-se que a eficácia coletiva dos profissionais de Santa Bárbara D'Oeste é bastante inferior. Vale destacar que em nosso estudo entrevistamos médicos e enfermeiros, e Tramontt & Jaime¹⁶ entrevistaram profissionais do NASF. Apesar da baixa eficácia coletiva, os enfermeiros demonstraram uma

confiança um pouco maior que os médicos. Isso pode ser atribuído ao amplo papel do enfermeiro na ESF, incluindo planejamento, gerenciamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe²⁷. Essa responsabilidade em liderar a equipe pode explicar a percepção um pouco mais elevada de eficácia coletiva no estudo, uma competência cotidiana e reconhecida por eles na ESF.²⁸

Em relação às questões presentes na escala, os profissionais mostraram maior confiança na equipe em identificar locais para aquisição de alimentos *in natura* ou minimamente processados. O reconhecimento do ambiente alimentar como parte integrante do diagnóstico do território emerge como um elemento essencial para a elaboração de práticas de cuidado em alimentação e nutrição contextualizadas, que contribuam para uma abordagem integral da saúde¹¹. Além disso, todos os profissionais afirmaram que os alimentos *in natura* ou minimamente processados são a base de uma alimentação adequada e saudável. Esse é um conceito importante do GAPB, que adota a classificação NOVA e organiza os alimentos considerando o grau e o propósito do processamento ao qual são submetidos. As suas recomendações estão centradas na regra de ouro: “Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados”.²³

É fundamental compreender essa informação, uma vez que estudos epidemiológicos têm demonstrado os impactos negativos dos alimentos ultraprocessados na qualidade nutricional da alimentação e no desenvolvimento de DCNT.^{9,29}

Decerto, o GAPB é um documento abrangente que propõe recomendações para escolha consciente de alimentos, visando refeições saudáveis, saborosas e sustentáveis, considerando dimensões biológica, social, cultural e ambiental. Reflete um paradigma ampliado de alimentação adequada e saudável.²³

Dessa forma, é compreensível que, mesmo que os profissionais tenham demonstrado conhecimento sobre o conceito central do GAPB, a maior parte declarou desconhecimento sobre o conteúdo

desse documento. Isso se reflete também na falta de confiança em orientar os usuários utilizando esse material, assim como em estratégias para economizar com a compra de alimentos saudáveis. Vale frisar que o GAPB aborda obstáculos relacionados à disponibilidade e ao custo dos alimentos, oferecendo estratégias para superá-los e garantir o direito humano à alimentação adequada.²³

Por conseguinte, os profissionais de saúde devem possuir um conhecimento aprofundado sobre o conteúdo completo do GAPB, a fim de transmitir informações confiantes, adequadas e embasadas para a população, contribuindo para a disseminação de hábitos alimentares saudáveis e a promoção da saúde.

Essas constatações ressaltam a importância de fornecer capacitação adicional e suporte aos profissionais da ESF, a fim de que possam se aprofundar no conhecimento do GAPB e utilizá-lo de forma mais efetiva.

Em relação às limitações deste estudo, deve-se considerar o fato de que foi realizado em um município específico, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras populações ou contextos, especialmente considerando a heterogeneidade e diversidade das mais de 52 mil EqSF no Brasil³⁰. No entanto, é relevante ressaltar que todos os médicos e enfermeiros das EqSF da localidade de estudo participaram, o que garantiu uma abrangência adequada dentro do próprio município. Também pode-se apontar a escolha apenas dos médicos e enfermeiros como participantes do estudo. Entretanto, essa escolha foi fundamentada pela importância desses profissionais na realização de orientações sobre alimentação na ausência do nutricionista nas EqSF, sendo essa uma questão de relevância na APS.³¹

Conclusão

O conhecimento sobre o GAPB entre médicos e enfermeiros da ESF foi semelhante, porém a falta de familiaridade com o conteúdo completo desse material ficou evidente. Embora tenham demonstrado compreensão sobre o conceito central do GAPB, foi

observado que não possuem pleno conhecimento de todas as suas diretrizes e recomendações. Essa lacuna se reflete na falta de confiança e na insegurança em utilizar o GAPB na rotina da APS, assim como na capacidade da equipe em promover a alimentação saudável no território de atuação. Para enfrentar esses desafios, torna-se essencial fornecer capacitação aos profissionais da ESF, fortalecendo o conhecimento de alimentação e nutrição, além de promover o trabalho colaborativo entre os profissionais de saúde, reconhecendo a responsabilidade compartilhada na atenção nutricional na APS.

O GAPB, como documento oficial que fornece princípios e recomendações para uma alimentação adequada e saudável, desempenha um papel crucial nesse contexto, tornando essencial a promoção do conhecimento e da utilização correta desse material entre os profissionais de saúde para o fortalecimento da PAAS e para o cuidado integral e efetivo na APS.

Referências

1. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 1988 [acesso em 10 abr 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
2. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC, Levy RB, Louzada ML, Jaime PC. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutr.* 2017;21(1):5-17.
3. Morze J, Danielewicz A, Hoffmann G, Schwingshackl L. Diet Quality as Assessed by the Healthy Eating Index, Alternate Healthy Eating Index, Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: A Second Update of a Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Acad Nutr Diet.* 2020;120(12):1998-2031.
4. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado IE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH, et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 2017;20(supl. 1):217-232.
5. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet [Internet].* 393(10184):1958-72. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)

6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília (DF); 2021.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF); 2013.
8. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC, Martins APB, Martins CA, Garzillo J, et al. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. *Public Health Nutr.* 2015;18(13):2311-22.
9. Louzada ML, Canella DS, Jaime PC, Monteiro CA. Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira [internet]. Universidade de São Paulo; 2019 [acesso em 10 jun 2023]. Doi: 10.11606/9788588848344.
10. Louzada ML, Tramontt CR, de Jesus JGL, Rauber F, Hochberg JRB, Santos TSS, Jaime PC. Developing a protocol based on the Brazilian Dietary Guidelines for individual dietary advice in the primary healthcare: theoretical and methodological bases. *Fam Med Community Health.* 2022;10(1):e001276.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF); 2022.
12. Tramontt CR, Maia TM, Baraldi LG, Jaime PC. Dietary guidelines training may improve health promotion practice: Results of a controlled trial in Brazil. *Nutr Health.* 2021;27(3):347-356.
13. Andrade NMP, Santos GMGC. O conhecimento sobre nutrição de profissionais de saúde em unidades básicas de saúde do município de Londrina-PR. *Rev. Terra Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa.* 2018;28(55):39-52.
14. Lopes MS, Freitas PP, Carvalho MCR, Ferreira NL, Campos SF, Menezes MC, Lopes ACS. Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. *Fam Pract.* 2021;38(1):4-10.
15. Reis LCD, Jaime PC. Pool of items to measure Primary Health Care workers' knowledge on healthy eating. *Rev Saude Publica.* 2021;55:55.
16. Tramontt CR, Jaime PC. Improving knowledge, self-efficacy and collective efficacy regarding the Brazilian dietary guidelines in primary health care professionals: a community controlled trial. *BMC Family Practice.* 2020.
17. Reis LCD, Jaime PC. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na atenção básica. *Demetra (Rio J).* 2019;14:e39140.
18. Oliveira KS, Silva DO, Souza WV. Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. *Cad saúde colet.* 2014;22(3):260-5.
19. Silva AR e et al. Qualificação à distância para promoção da alimentação adequada e saudável no Sistema Único de Saúde. *Demetra (Rio J).* 2022;17:e66168.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo para implementação da Agenda para intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF); 2013.
21. Villacorta DB, Barros CA, Macedo BF, Caldato MC. Nutritional Education: a Gap in Medical Training. *Rev Bras Educ Medica.* 2020;44(4).
22. FAO - WHO. Preparation and use of food-based dietary guidelines: report of a joint FAO, WHO consultation [internet]. [acesso em 10 jun 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42051>.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília (DF); 2014.
24. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society.* 1989;2:411- 424.
25. Medeiros TM, Gomes ME, Medeiros PM, Almeida HK, Limeira AB, Nóbrega CS, et al. Facilidades e dificuldades para implementação da educação interprofissional na atenção primária à saúde: revisão integrativa. In *Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado* [Internet]. Editora Científica Digital; 2021. 498 p. DOI 10.37885/210303717
26. Bandura A. Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
27. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF); 2017.
28. Lopes OC, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery.* 2020;24(2).
29. OPAS – Organização Pan Americana da Saúde. Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas. Brasília (DF); 2018.
30. DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Equipes da Atenção Básica [internet]. Brasília (DF);

2023 [acesso em 19 de jul de 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>.

31. Pedraza DF, Menezes TN, Costa GMC. Ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: estrutura e processo de trabalho. Food and nutrition actions in the family health strategy: structure and work process. Rev Enferm UERJ. 2016;24(4):e15848.

Contribuições do diálogo deliberativo na avaliação da implementação de um programa de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Contributions of a deliberative dialogue in evaluating the implementation of an Integrative and Complementary Health Practices program

Josiane Aparecida Melo Faria^I, Maritsa Carla de Bortoli^{II}, Tereza Setsuko Toma^{III}

Resumo

Em 2006, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) passaram a fazer parte do rol de atividades em serviços de saúde do SUS. Durante a pandemia de covid-19, elas foram oferecidas também para o cuidado dos trabalhadores da UBS Jardim Miriam II. Considerando os benefícios observados nesse período, realizou-se uma pesquisa de implementação, com o objetivo de entender o processo e identificar possibilidades de manutenção das atividades de PICS aos trabalhadores. Para enriquecer a avaliação da implementação do programa, utilizou-se uma reunião no formato de diálogo deliberativo (DD), uma ferramenta potente para obter contribuições das partes interessadas no problema estudado. As falas dos participantes do DD foram submetidas a uma análise de conteúdo e indicam que a aceitabilidade do programa foi boa, considerando os ganhos em qualidade de vida e melhoria dos processos de cuidado. Além disso, o custo de manutenção é baixo, uma vez que os materiais são acessíveis. Verificou-se que é possível compatibilizar as agendas para garantir a participação dos trabalhadores em atividades individuais. Por outro lado, sentiu-se que faltam oportunidades de capacitação para que mais modalidades de PICS possam ser oferecidas. O programa implementado mostrou ser viável e poderia fazer parte de uma agenda de cuidados aos trabalhadores da Atenção Básica.

Palavras-chave: Diálogo deliberativo; Ciência da implementação; Terapias complementares.

Abstract

In 2006, Complementary Therapies (PICS) became part of the list of activities in the Brazilian health system services. During the Covid-19 pandemic, they were also implemented at UBS Jardim Miriam II for the health workers' care. Considering the benefits observed during this period, an implementation research was carried out, with the aim of understanding the process and identifying possibilities for maintaining PICS activities for health workers. To better assess the program's implementation, a Deliberative Dialogue (DD) was held, it is a powerful tool to obtain contributions from the many interested in the studied problem. The speeches of the DD participants were submitted to a content analysis and indicate that the acceptability of the program was good, considering the gains in quality of life and improvement of care processes. Furthermore, the maintenance cost of the actions is low since the materials have an affordable price. It was also found that it is possible to arrange schedules to ensure workers' participation in individual activities. On the other hand, it was said that there is a lack of training opportunities so that other types of PICS can be offered. The implemented program proved to be viable and could be part of a regular schedule for Primary Care workers.

Keywords: Deliberative dialogue; Implementation science; Complementary therapies.

^I Josiane Aparecida Melo Faria (melofariajosiane@gmail.com), é enfermeira, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (PMPSC/IS/SES-SP).

^{II} Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br), é nutricionista, diretora do Centro de Tecnologias em Saúde para o SUS-SP e docente do PMPSC/IS/SES-SP.

^{III} Tereza Setsuko Toma (ttoma.ats@gmail.com), é médica, pesquisadora científica aposentada, docente do PMPSC/IS/SES-SP.

Introdução

A Atenção Básica (AB) é considerada a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações voltadas ao indivíduo, família e comunidade. O desenvolvimento das atividades na AB se dá por meio de práticas de cuidado e gestão, realizadas em equipe multidisciplinar, em território adscrito, considerando sua dinamicidade.¹

A equipe de saúde na AB geralmente atua na comunidade e os trabalhadores da saúde vivenciam inevitavelmente o crescimento da população e da complexidade dos problemas sociais². A constante exposição a situações de estresse e a natureza do próprio trabalho, que é essencialmente relacional, impõem desafios aos trabalhadores na busca do equilíbrio para o autocuidado.³

Durante a pandemia de covid-19, observou-se que houve um investimento na saúde dos trabalhadores e na promoção de ambientes de cuidado no próprio local de trabalho⁴. Além de despertar no gestor a necessidade de pensar na manutenção da saúde de suas equipes, a pandemia conferiu a oportunidade de autorreflexão por parte dos trabalhadores para assumir sua saúde como um valor⁵. Uma das propostas para o cuidado dos trabalhadores de saúde nesse período foram as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

As PICS passaram a fazer parte do rol de atividades em serviços de saúde do SUS em 2006. No município de São Paulo, elas têm sido oferecidas aos usuários em todas as unidades de AB, por meio de sessões individuais ou em grupo, realizadas de forma presencial ou remota.⁶

Considerando que as PICS poderiam fazer parte do cuidado continuado das equipes nos locais de trabalho, realizou-se uma pesquisa de implementação na UBS Jardim Miriam II, com o objetivo de explorar essa ideia. A pesquisa de implementação em saúde é definida como um método científico utilizado para promover a incorporação sistemática de resultados de pesquisas e práticas baseadas em evidências nos

serviços de saúde, com vistas à melhoria da qualidade e da efetividade da atenção aos usuários⁷, e nesse caso, os profissionais.

Para avaliação do processo de implementação, além de outros instrumentos, foi utilizado o diálogo deliberativo, que é o foco deste artigo.

Metodologia

O diálogo deliberativo (DD) é uma estratégia que permite abordar diferentes aspectos de um problema de saúde, enriquecendo sua compreensão a partir das experiências e percepções das partes interessadas⁸. Trata-se de um encontro em que um grupo com diferentes atores – usuários, profissionais da saúde, gestores, pesquisadores e formuladores de políticas - contribui com suas experiências em relação a um tema prioritário de saúde.⁹

O objetivo do DD aqui apresentado foi reunir as contribuições dos participantes sobre o processo de implementação de um programa de PICS para o cuidado dos trabalhadores da UBS¹⁰. Os participantes receberam com antecedência um breve relatório sobre os resultados preliminares da pesquisa. Foram convidados a participar profissionais que fizeram parte do comitê executivo do programa, e profissionais que realizaram ou receberam as ações. Além disso, para conduzir o DD, foi convidada uma facilitadora com experiência nessa atividade.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº 61093922.5.0000.5469 e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo nº 61093922.5.3001.0086. O estudo foi desenvolvido de acordo com os princípios éticos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 510/2016 e 580/2018 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e autorizaram a gravação do DD para fins de elaboração do relatório.^{11,12}

Os participantes fizeram suas considerações a partir de três perguntas norteadoras:

1) Sobre o trabalhador que atua no serviço da Atenção Básica, em sua opinião, até que ponto a oferta das atividades de PICS (auriculoterapia e reiki) na UBS pode contribuir para melhoria ou manutenção da saúde física e mental?

2) Sobre a incorporação das atividades de PICS (auriculoterapia e reiki) na agenda de trabalho, gostaríamos de ouvir a opinião dos profissionais executores quanto aos pontos fortes e quais os pontos que podem ser superados, para melhorar a adesão e possibilitar a incorporação definitiva destas atividades destinadas aos trabalhadores. Também gostaríamos de ouvir a opinião dos participantes das atividades de PICS sobre quais são os pontos fortes e os pontos a serem superados para conciliar as atividades do trabalho e as atividades de PICS para o seu cuidado.

3) Em sua opinião, como executor e/ou participante do programa de PICS, quais são os fatores que podem contribuir para a manutenção do programa e quais são os desafios ou barreiras que precisam ser enfrentados para a sustentabilidade do programa, a longo prazo, nesta unidade? Você indicaria essa atividade para outras unidades? Se indicar, quais os pontos entende como relevantes para que seja aplicado em outros contextos?

As contribuições dos participantes DD foram submetidas a uma análise de conteúdo temática para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas).¹³

Resultados e Discussão

A pesquisa ocorreu no período de outubro de 2022 a abril de 2023, contemplando as fases de exploração, instalação e implementação inicial. Na fase de exploração, foram definidas as estratégias utilizadas na pesquisa e desenvolvido o cronograma de atividades para início das atividades de PICS, utilizando dados de uma revisão de escopo¹⁴, que orientou

sobre a definição das atividades, momento mais propício para oferta – durante a jornada de trabalho –, e número de sessões recomendadas. Durante a fase de instalação, foram fortalecidas as estratégias e as inter-relações de um recém-criado comitê executivo; a fase de implementação inicial compreendeu o ajuste das estratégias e a promoção da adaptabilidade, a partir do compartilhamento de informações e feedback dos participantes nas reuniões do comitê executivo, além de monitoramento e avaliação.¹⁰

Para avaliação do processo como um todo, foram definidos os desfechos de implementação, que são pré-condições importantes para verificar se as intervenções produziram os efeitos esperados e se as estratégias escolhidas para a implementação foram eficazes¹⁵. O diálogo deliberativo enriqueceu a avaliação, pois trouxe conhecimento a partir das experiências dos participantes sobre esses desfechos.

O DD, com duração de três horas, foi realizado em 2 de maio de 2023, por meio de um encontro com participação híbrida, onde seis participantes encontravam-se presencialmente em uma sala da UBS e outros dois participantes interagiram por meio de aplicativo para reuniões *on-line* (Microsoft Teams), num total de oito profissionais da unidade. Além da moderadora, também por meio virtual, participaram três ouvintes (a mestranda e pesquisadora principal, sua orientadora e uma mestranda convidada).

Todas as participantes eram do sexo feminino, nas funções de agente comunitária de saúde, líder de atendimento, assistente social, farmacêutica, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e psicóloga. Na pesquisa, elas atuaram como executoras das PICS, receptoras das ações ou membros do comitê executivo.

No Quadro 1 são apresentados os desfechos de implementação, com uma síntese dos achados da pesquisa e os complementos do DD.

Quadro 1 – Desfechos, síntese de resultados da pesquisa, contribuições e citações do DD.

Síntese de resultados da pesquisa	Contribuições do Diálogo Deliberativo (DD)	Citação de participante do DD
Desfecho Aceitabilidade – Percepção entre as partes interessadas de que um determinado tratamento, serviço, prática ou inovação é palatável ou satisfatório (Individual e institucional).		
Identificou-se boa aceitabilidade das ações, com a percepção conjunta dos participantes sobre os ganhos na qualidade de vida e da organização do processo de trabalho.	<p>As contribuições do DD legitimaram a possibilidade da promoção dos espaços para o cuidado dos trabalhadores em seu ambiente de trabalho e a importância de se rever o processo de trabalho atual na constante busca do bem-estar e melhora da qualidade de vida. Relatos de duas receptoras e uma executora da atividade revelam os resultados positivos da implementação do programa, como sensação de bem-estar. Além disso, o resultado positivo das práticas para os profissionais, com ganhos no bem-estar e saúde após a participação nas sessões, fomentou a adesão de outros profissionais após ser relatado pelos colegas. Alguns profissionais também disseram que se sentiam motivados para participar, mesmo com dificuldades oriundas de demandas extraordinárias e da escala de trabalho alterada para cumprir essas demandas.</p> <p>Outra questão importante que aparece nas falas do DD é que as participantes relataram que houve baixo impacto das atividades do programa sobre a agenda habitual de cuidado dedicada aos usuários, sem promover sobreposição de trabalho e aumento no interesse em conhecer as práticas, buscar capacitação e formação profissional, e evidenciou a melhora na qualidade de vida dos trabalhadores.</p>	<p>“Percepção de que o dia permanece mais leve após realizar a atividade no início do dia” (P1).</p> <p>“Eu sou muito ansiosa, eu já venho de um tratamento de depressão, de ansiedade, e sei que as atividades me ajudaram de uma forma assim muito grande, que eu sentia que que a minha ansiedade parecia que ficava ali” (P2).</p> <p>“Alguns participantes tinham queixas de dores físicas, principalmente em membros inferiores e durante a sessão de auriculoterapia, com o acolhimento e possibilidade de escuta, no final da sessão já sentia um alívio e o relato de bem-estar pelo participante” (P8).</p> <p>“Percebi o bem-estar e o clima mais leve no dia que realizava as atividades, com maior disposição para o trabalho” (P7).</p> <p>“Com a realização das atividades, precisei buscar o aprimoramento das atividades, me voltei para estudar mais sobre os sintomas e como poderia ajudar mais...” (P8).</p>
Desfecho Adequação – Trata-se do ajuste, relevância ou compatibilidade percebida de uma prática baseada em inovação ou evidência para uma determinada configuração de prática, provedor ou consumidor (Institucional).		
A esse respeito, observou-se durante a condução da pesquisa que o entendimento do processo por meio da identificação de entraves e busca de soluções imediatas foi essencial para a garantia das atividades.	No DD, tanto no olhar de quem participa quanto de quem executa as PICS, surgiu o alerta para a necessidade de buscar alternativas para superação das barreiras e estratégias de reforço dos facilitadores, tendo destaque para a atenção com a organização das agendas de trabalho e sua conciliação com a oferta das atividades.	“A agenda de reiki sendo disponibilizada meio período, dependendo da demanda do dia, nem sempre era possível dedicar um período para participação na nossa escala” (P4).
Desfecho Viabilidade – Extensão em que um novo tratamento ou uma inovação podem ser usados com sucesso ou realizado dentro de uma determinada agência ou configuração (Institucional).		
A interação entre o programa e seus resultados mostra sua viabilidade para continuidade e possibilidade de inserção em outros contextos.	Não emergiram falas sobre barreiras e facilitadores nesse desfecho.	–

Síntese de resultados da pesquisa	Contribuições do Diálogo Deliberativo (DD)	Citação de participante do DD
Desfecho Adoção – Intenção, decisão ou ação inicial para tentar empregar uma prática baseada em evidência (Institucional).		
Em nossa pesquisa, a adesão às PICS foi de 66,96%, correspondendo a 75 dos 112 trabalhadores elegíveis.	Não emergiram falas sobre barreiras e facilitadores nesse desfecho.	–
Desfecho Fidelidade – Grau em que uma determinada intervenção foi implementada como foi prescrita no seu protocolo original, da forma que foi pretendida pelos seus desenvolvedores (Institucional).		
Foi observado na pesquisa a dificuldade de adesão das atividades em grupo, devido à natureza do processo, necessitando ter mais pessoas em um único horário para a atividade. Essa realidade levou a um novo planejamento das atividades oferecidas, com readequação da agenda e substituição por mais atividades individuais.	No DD, uma das participantes citou a necessidade de revisão das atividades em grupo, devido à dificuldade de reunir mais trabalhadores no mesmo horário.	“Então, o lian gong com prática em grupo, a gente viu que é bem mais complicado de fazer, então a gente teve essa dificuldade das pessoas não participarem. A gente vê que é um pouco mais difícil quando a gente fala de trabalhar em grupo, às vezes um colaborador sair e se reunir um grupinho também é um pouco mais complicado” (P2).
Desfecho Custo – Impacto de um orçamento para uma determinada implementação (Institucional).		
No modelo de gestão da unidade, custos podem ser relacionados com as metas do contrato de gestão, e nesse sentido foi observado que no decorrer da pesquisa não houve sobrecarga de agendas, o que poderia impactar as metas. Foram dedicadas, em média, 4 horas por semana por agenda dos seis profissionais executores – dois executores de reiki e quatro de auriculoterapia, e a inclusão desses dados como indicadores compôs as metas de contrato de gestão, sem alterá-las.	Percepção de acessibilidade aos materiais para realização das atividades e baixa sobrecarga nas agendas quando incorporada essa tarefa.	“As atividades propostas exigem poucos materiais e possuem baixo custo, e trazem benefícios à saúde sem sobrecarregar a agenda de quem participa e de quem executa as atividades” (P5).
Desfecho Penetração – Grau de integração de uma prática dentro de uma configuração de serviço e seus subsistemas (Institucional).		
Observou-se dois dispositivos que demonstram esse desfecho, sendo a realização de reuniões do comitê executivo que cumpriram sua proposta em sua totalidade e a realização das atividades das sessões de PICS, que superaram o que foi planejado devido à necessidade dos participantes.	As participantes compartilharam no diálogo que a divulgação foi essencial para a participação nas atividades, como utilização do grupo de WhatsApp para comunicação rápida entre as participantes.	“Uso do grupo de WhatsApp para divulgar o que é o reiki, ajudou na participação” (P5).

Síntese de resultados da pesquisa	Contribuições do Diálogo Deliberativo (DD)	Citação de participante do DD
Desfecho Sustentabilidade – Medida em que um tratamento recém-implementado consegue ser mantido ou institucionalizado dentro das operações contínuas e estáveis de um ambiente ou serviço (Institucional).		
Necessidade de apoio institucional e reorganização do processo de cuidado atual para incorporação das atividades destinadas aos trabalhadores na agenda e adequação das escalas para possibilitar a participação.	No DD, aparece como um desfecho desafiador onde torna-se de suma importância a divulgação dos resultados para os gestores, como os ganhos sobre o bem-estar dos trabalhadores e o reflexo em seu trabalho, ressaltando a percepção de maior disposição para as atividades, além de aumento no interesse de outros profissionais para participar de formação e capacitação em PICS, o que confere a possibilidade de ter outros espaços de atuação e de cuidado mútuo entre os membros da equipe. Também foi trazida pelos participantes a percepção de fortalecimento do sentimento de equipe e do cuidado mútuo.	“O gestor apoiando é bem gratificante, vai ter um retorno bem mais positivo dos trabalhadores, porque a partir do momento que a gente trabalha, sabendo que a gente está sendo apoiado, está tendo um cuidado, conseguimos realizar um atendimento diferenciado” (P7).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O processo do DD, geralmente voltado para a construção política, constitui-se também em uma ferramenta importante para a tradução do conhecimento, com enfoque para os estudos qualitativos, visto que valoriza o compartilhamento, o debate, auxilia no entendimento da complexidade e produz novos conhecimentos. O estudo de Acosta et al. reflete sobre as contribuições do DD na pesquisa qualitativa e cita o sucesso de sua aplicação em países como o Canadá¹⁶. No Brasil, com ampliação da EVIPNet (Rede de Políticas Informadas por Evidências), o DD tem sido utilizado com frequência após a elaboração de sínteses de evidências para políticas^{9, 17}.

A seguir, discutem-se alguns aspectos abordados pelos participantes do DD como parte da pesquisa de implementação realizada.

Especificamente sobre os efeitos das PICS, as participantes citaram que este é um importante espaço de cuidado e de reconhecimento de suas necessidades. Os relatos mostram a percepção de que, ao longo das sessões, houve melhora nos sintomas físicos e emocionais daqueles que receberam a atividade, com reflexos no bem-estar e na qualidade de vida. Tal fato vem

ao encontro de resultados apresentados em estudos realizados em diversos países, como Estados Unidos, Canadá, Lituânia, China, Inglaterra, Itália e Brasil.¹⁴

Esse reconhecimento foi um ponto de partida ímpar para a reflexão sobre os ajustes necessários no processo de trabalho, no sentido de incluir essa demanda nas agendas atuais e conciliar com as escalas durante a realização do programa. A esse respeito, autores como Carvalho et al.¹⁸ ressaltam a necessidade de incorporação de espaços de cuidado com os trabalhadores em seu cotidiano.

Em relação à implementação adequada do programa, durante o DD foram levantados pontos relevantes e algumas condições ainda incipientes, tais como oferta de capacitação profissional; adequação da agenda atual de atividades, pois esta não contempla a oferta das PICS para os trabalhadores, e revisão do abastecimento de insumos. Estas situações refletem e limitam a diversidade na oferta das modalidades. Como facilitadores do programa, destacam-se a disponibilidade e proatividade dos profissionais para abertura de espaço para o cuidado mútuo, presença do profissional capacitado para

algumas modalidades e disponibilização das atividades durante o turno de trabalho.

Essas percepções que emergiram em nossa pesquisa corroboram com outros estudos, que também apresentam como facilitadores o estreitamento do vínculo entre os usuários e divulgação das PICS como estratégias de cuidado. Sobre as dificuldades, retratam a estrutura física desfavorável, o fornecimento de materiais insuficientes e a falta de divulgação das atividades e seus benefícios para os usuários, pois ainda há priorização de atividades com foco no tratamento em detrimento à oferta das ações de promoção à saúde, sendo estas atividades que buscam a singularidade dos indivíduos.¹⁸

Assim como em nosso estudo, o apoio institucional é descrito como fator importante em outro trabalho¹⁹, pois os profissionais que executam PICS são os mesmos que desempenham outras tarefas de cuidado geral aos usuários; sendo assim, nem sempre estas são priorizadas e em alguns momentos são adicionadas levando à sobrecarga de atividades. Diante disso, reforça-se a necessidade das PICS terem maior destaque dentre as atividades que compõem a agenda.

Sobre a oferta de capacitação, ainda são oferecidas vagas que não contemplam todos os profissionais interessados, sendo direcionados a algumas categorias profissionais específicas e como Equipe Multiprofissional da Atenção Básica (EMAB), que atuam em mais de uma unidade, o que limita a oferta dentro de determinados serviços. Esta realidade se perpetua em outros territórios, como descrito no estudo de Silva et al.²⁰, que reforça a necessidade de capacitação, tendo identificado, durante a pesquisa, que os profissionais têm acesso à capacitação de curta duração, oferecidas pelo Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, conselhos de classe e instituições particulares.

Sobre a satisfação dos profissionais que realizam as PICS, destacam-se que as iniciativas geralmente ocorrem por protagonismo dos profissionais, e em sua maioria são ações individuais movidas pelo desejo de revisão no processo de cuidado, buscando sua ressignificação, renovando o foco para a visão

holística e melhorando a compreensão do processo saúde-doença. Carvalho et al.¹⁸ reforçam esse olhar quando trazem a motivação da equipe para a descoberta de seu potencial, melhora do bem-estar e das teias relacionais na equipe.

Uma das dificuldades citadas em nosso estudo foi o desenvolvimento das atividades grupais semanais, pois estas dependem de maior número de trabalhadores ao mesmo tempo, o que refletia nas tarefas do cotidiano. Assim, estas precisaram ser substituídas por modalidades de PICS que são realizadas em estratégias individuais e utilizando profissionais capacitados com agenda mais flexível, como agente comunitário e auxiliar de enfermagem. Diferentemente do observado no estudo de Carvalho et al.¹⁸, em que a estratégia de atividade em grupo foi bem sucedida, pois a agenda dos profissionais participantes foi preparada para encontros mensais de 1 hora e com profissional executante externo à unidade, o que pode ser considerada como uma alternativa.

Considerações finais

O diálogo deliberativo como dispositivo para contribuição na avaliação dos desfechos durante o processo de implementação das PICS foi muito importante, pois permitiu ampliar a interação dos participantes, executores e membros do comitê executivo da pesquisa, com o compartilhamento de experiências sobre a implementação do programa e seus resultados, enriquecendo a avaliação do programa e sua possibilidade de manutenção.

Um ponto importante a ser ressaltado foi o fato de as pesquisas de implementação considerarem o contexto e os atores nele inseridos para o curso da intervenção e, nesse sentido, o DD trouxe contribuições para o processo de avaliação qualitativa do programa, uma vez que contamos com diferentes representantes das partes interessadas, considerando receptores, executores e organizadores do programa na unidade.

Sobre o conhecimento das PICS, observa-se que embora os participantes sejam profissionais de saúde, ainda há fragilidade no entendimento das práticas e

seus benefícios, o que reflete na baixa divulgação das atividades e mostra a importância de maior investimento na demonstração dos benefícios das atividades para a promoção da saúde e empoderamento dos profissionais.

Conflito de interesses

As autoras declaram não ter conflito de interesses relativo à realização deste estudo.

Referências

1. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: Contribuições para o debate [internet]. Brasília (DF); 2011 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18457> OPAS, 2011).
2. Dias EC, Silva TL, Almeida MHC. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. *Cad. Saúde Colet* [internet]. 2012 [acesso em 20 jun 2018];20 (1): 15-24. Disponível em: <https://issuu.com/zeppelini/docs/cscv20n1>.
3. Bacurau FRS, Melo Neto AJ, Aguiar FB, Hirsch-Monteiro C. et al. Qualidade de vida de trabalhadores de Unidades de Saúde da Família. *Rev. Saúde Meio Ambiente*. 2017; 5(2):127-140.
4. Ramos-Toescher AMR, Tomaschewisk-Barlem JG, Barlem ELD, Castanheira JS, Toescher RL. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: Recursos de apoio. *Revista Escola Anna Nery* [internet]. 2020;24. Doi: doi.org/10.1590/2177-9465
5. Monteiro CV. A percepção dos gestores públicos municipais sobre as práticas de prevenção às patologias no ambiente de trabalho [artigo científico]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2011. Trabalho de campo multiprofissional do Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal.
6. São Paulo (Município). Lei nº 368, de 18 de agosto de 2021. Estabelece que os procedimentos relativos às Práticas Integrativas e Complementares passem a compor o conjunto de procedimentos utilizados na avaliação do cumprimento de metas descritos nos contratos de gestão e convênios firmados por essa secretaria com as Organizações Sociais e Instituições Parceiras. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*. 19 ago 2021; Seção 1:21.
7. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implementation*. *Sci* [internet]. 2006;1(1). Doi: [10.1186/1748-5908-1-1](https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1)
8. Setti C, Oliveira CF, Toma TS. Relato de Diálogo Deliberativo Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2019 [acesso em 10 abr 2020]. Disponível em: https://docs2.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1284532/sintese_evidencias_reducao_cesarea_2019.pdf
9. Toma TS, Tesser TR, Setti C, Bortoli MC. Síntese de Evidências para políticas de Saúde. In: Toma TSA, Tesser TR, Setti C, Bortoli MC, organizadoras. *Avaliação de tecnologias de saúde e políticas informadas por evidências*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. v.1, p. 183-208.
10. Faria JAM. Avaliação do Processo de Implementação do Programa de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para o Cuidado de Trabalhadores da UBS Jardim Mirian II. [tese]. São Paulo: Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos; 2023.
11. Brasil. 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* [internet]. 24 maio 2016. [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: [Reso510.pdf](https://www.saude.gov.br/images/stories/pdf/Reso510.pdf) (saude.gov.br)
12. Brasil. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Trata das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [internet]. 16 jul 2018. [acesso em 20 set 2022]. Disponível em: [Reso580.pdf](https://www.saude.gov.br/images/stories/pdf/Reso580.pdf) (saude.gov.br)
13. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. *Arq. bras. psicol.* [internet]. 2019 [acesso em 22 maio 2023] ;71(2):51-67. Doi: doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i2p.51-67.
14. Faria JAM, Toma TS. Práticas integrativas e complementares no cuidado ao trabalhador de saúde: uma revisão de escopo. *RSD* [internet]. 2023 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40823>
15. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health* [internet]. 2011;38(2):65-76. doi: [10.1007/s10488-010-0319-7](https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7).
16. Acosta AM, Oelke ND, Lima MADS. Considerações teóricas do diálogo deliberativo: contribuições para prática, política e pesquisa em enfermagem. *Texto & contexto enferm* [internet]. 2017; 26 (4). Doi: [10.1590/0104-07072017000520017](https://doi.org/10.1590/0104-07072017000520017)
17. Lavis JN, et al. Support tools for evidence-informed health policymaking (STP) 13: preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. *Health Research Policy and Systems*. 2009; 7 (13): 1-9.

18. Carvalho RVS; Anjos AMC, Meneses, MOS, Silva CAL, Leal SRMD, et. al. Práticas integrativas e complementares aplicadas aos trabalhadores de uma unidade básica de saúde: relato de experiência. Rev. Saúde Pública Mato Grosso do Sul [internet]. 2019 [acesso em 10 abr 2021]; 2(1-2):70-76. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223354>

19. Barros LCN, Oliveira ESF, Hallais JAS, Teixeira RAG, Barros NF. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos gestores dos serviços. Rev. Esc. Anna. Nery [internet]. 2020; 24 (2). Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0081

20. Silva PHB, Barros LCN, Barros NF, Teixeira RAG, Oliveira ESF. Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Ciênc. Saúde Colet [internet]. 2021; 26 (02). Doi: 10.1590/1413-81232021262.40732020

Desafios e estratégias para implementação de ações pró-amamentação na Atenção Básica, sob a percepção de enfermeiros

Challenges and strategies for implementing pro-breastfeeding actions in Primary Care, under the perception of nurses

Keite Helen dos Santos^I, Sílvia Helena Bastos de Paula^{II}

Resumo

A amamentação pode ser entendida como um processo natural, se pensarmos que todas as mulheres podem produzir leite e oferecer esse alimento completo aos filhos de modo exclusivo até pelo menos seis meses, sendo recomendada a oferta de leite materno até os dois anos de idade ou mais. Porém, há alguns obstáculos para que os índices de aleitamento materno se tornem desejáveis, sendo necessário investir em novas estratégias que tornem viável a amamentação. O propósito do estudo foi analisar a percepção dos enfermeiros de Jaguariúna quanto aos fatores que influem na implementação de ações pró-amamentação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada no referencial teórico foucaultiano. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com 12 enfermeiros da rede básica que atuam na assistência ao binômio mãe-bebê. Ao identificar a percepção dos profissionais sobre as estratégias de implementação da amamentação, foi possível compreender a configuração das relações de poder e como a biopolítica da amamentação pode intervir na organização do processo de trabalho dos serviços de saúde, fortalecendo o trabalho em equipe, o respeito à autonomia dos indivíduos e a responsabilização de todos os profissionais para o sucesso de ações pró-amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Atenção Primária à Saúde; Biopolítica

Abstract

Breastfeeding can be understood as a natural process, if we think that all women can produce milk and exclusively offer this complete food to their children for at least six months, with the recommendation of offering breast milk until they are two years old or older. However, there are some obstacles for breastfeeding rates to become desirable, and it is necessary to invest in new strategies that make breastfeeding viable. The purpose of the study was to analyze the perception of nurses in Jaguariúna regarding the factors that influence the implementation of pro-breastfeeding actions. This is a qualitative research, anchored in the theoretical framework of Foucault. Data collection was carried out through interviews with twelve nurses from the basic network who work in the care of the mother-baby binomial. By identifying the professionals' perception of breastfeeding implementation strategies, it was possible to understand the configuration of power relations and the biopolitics of breastfeeding, it is possible to intervene in the organization of the work process of health services, strengthening teamwork, respect for autonomy of individuals and accountability of all professionals for the success of pro-breastfeeding actions.

Keywords: Breast feeding; Primary Health Care; Biopolitics

Introdução

O leite materno é fonte segura de nutrição para o ser humano no início da sua vida e seus benefícios se estendem por toda vida adulta, sendo recomendado

como único alimento até os seis meses de vida e complementado por outros alimentos adequados até dois anos ou mais¹. O Sistema Único de Saúde (SUS) atribui grande importância ao aleitamento materno, de maneira que a amamentação é incentivada por programas e políticas de saúde dirigidas à repercussão positiva do leite materno na saúde dos bebês, das mães, das famílias e da comunidade.

^I Keite Helen dos Santos (keiteenf@yahoo.com.br) é enfermeira, especialista em Saúde da Família, mestre em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde-SP

^{II} Sílvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, professora, doutora em Ciências e pesquisadora científica do Instituto de Saúde-SP

Para o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o ato de amamentar faz com que a mãe produza mais leite e assim quase toda mãe é capaz de fazê-lo com sucesso. No entanto, no início da amamentação são grandes os desafios, como a possibilidade de problemas (dores e fissuras mamárias), inexistência de rede de apoio para o cuidado da casa e do recém-nascido e ciclos de sono deficientes que deixam muitas mães exaustas. Dessa maneira, muitas mulheres precisam ser encorajadas durante a amamentação, necessitando de apoio para que possam começar a aleitar e a continuar de modo exclusivo por pelo menos seis meses.¹

O ato de amamentar seria exclusivamente um processo natural, quando se pensa que todas as mulheres-mães em potência produzem leite e podem oferecê-lo aos filhos até que eles consigam alimentar-se de modo independente. No entanto, o significado e o valor atribuído a essa prática em cada cultura e momento histórico podem gerar controvérsias acerca da maneira como as mulheres realizam a amamentação e a oferta de outros alimentos a um recém-nascido. No pensamento contemporâneo sobre tal prática existem vertentes históricas, culturais e sociais.²

Para Brecaillo e Tamanini³, a amamentação é a nutrição para crianças produzida pelo corpo da mãe, envolvendo as subjetividades, as práticas e os arranjos necessários. É uma estratégia de vínculo, carinho, nutrição e proteção para a criança, constituindo-se medida eficaz para intervenção na redução da morbimortalidade infantil^{4,5}. Destarte, envolve problemas à sua execução e a importância que é atribuída para essa prática, por parte da mulher, da sociedade e de profissionais de saúde. Nesse aspecto, os profissionais de saúde devem compreender as complexas dimensões que envolvem o ato de amamentar.

Amamentação no Sistema Único de Saúde

No SUS e na Atenção Básica de Saúde (ABS) dos municípios, as práticas de saúde voltadas para promoção da amamentação envolvem atividades

de grupos, as consultas de pré-natal e puerpério. O contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de atenção ao parto no âmbito do hospital e maternidade indica o desenvolvimento de um conjunto de ações sobre o corpo, a saúde e os modos de viver das mulheres, condição em que se criam práticas nas quais os aspectos biológicos dos indivíduos passam a ser o objeto do cuidado direto de profissionais, e indireto dos gestores, de maneira a gerir não apenas os indivíduos, mas a população em seu coletivo.^{2,6}

A Lei 7498/1986 dispõe sobre a regulação do exercício da enfermagem, ao estabelecer que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a assistência de enfermagem à grávida, parturiente e puérpera⁷. A Resolução nº 516/2016 normatiza a atuação e responsabilidade do enfermeiro na assistência às grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos (RNs) nos serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto.⁸

O cuidado de enfermagem representa a dinâmica de múltiplas interações humanas e sociais, com dimensões socioculturais, afetiva, cognitiva e biofisiológicas da natureza humana, divergindo da concepção assistencialista predominante nos modelos tradicionais.⁹

Os enfermeiros ocupam um espaço nos protocolos de atenção no pré-natal e puerpério, na atenção ao parto, nas UBS e nos espaços de atenção ao parto e puerpério. Estes profissionais exercem (ou podem exercer) um poder baseado no conhecimento, por meio do ato de orientar e acompanhar o binômio mãe-bebê em suas consultas e procedimentos, momento em que podem apresentar argumentos, valores e significados para o ato de amamentar.

Amamentação, vulnerabilidades e o poder do cuidado

A amamentação é considerada como ato de cuidado e dedicação materna, mas não está isenta de transtornos, dificuldades e de contradições. As mulheres da vida real que moram nos territórios e

frequentam as unidades de saúde vivem diversas condições de vulnerabilidade, estando inseridas em situações distintas e também adversas. Suas mentes e seus corpos recém-paridos, ainda no puerpério, se veem, por uma questão biológica, com responsabilidade de nutrir outro ser, e por questões de gênero e papéis sociais, impelidas a cuidar da casa e, muitas vezes, trabalhar para sustentar e cuidar de outros filhos.

Diante do exposto, o poder proveniente do cuidado não é algo instantâneo, global e único, é uma prática social construída historicamente, criando-se e estabelecendo-se nas relações e formas de sentido, tornando-se visível e instrumento, de forma sutil ou expressa, na conformação das práticas de saúde. Essas relações de saber-poder, portanto, permeiam todos os espaços nos serviços de saúde, gerando relações assimétricas entre os diferentes agentes envolvidos na busca por domínios de espaço, em competições e conflitos.¹⁰

Foucault¹⁰ propõe novo modo de entender o conceito de poder, tratando-se da observação dos efeitos que ele detém nos enunciados, como modifica e interfere no cuidado. O poder insurge com a ideia de que o Estado seja o órgão central e único, uma vez que se difunde em outros setores da vida social, tendo experiência própria e formas superficiais.

Portanto, o poder não está fixo em sua estrutura, circula constantemente, assumindo uma posição privilegiada nas relações profissionais a depender daquele que detém o maior conhecimento, assim, o maior poder.¹¹

Esse entendimento do corpo como aspecto útil ao redor do qual se organizam os dispositivos para assegurar sua utilidade como estratégia de gerência conceitua a medicina moderna como gestão de biopolítica¹². Trata-se de um processo de “estatização do indivíduo”, operando intensamente pelas normas de saúde impostas, transformando os hábitos e as condutas dos usuários e dos profissionais de saúde.

Os serviços de saúde, exercendo o poder que lhe é atribuído com a justificativa de proporcionar saúde,

conceituam o cuidado pela óptica dos profissionais, trabalhando de acordo com o grau de complexidade em que estão inseridos, de maneira a oferecer para a comunidade prescrições sobre hábitos de vida saudáveis e comportamentos adequados. Questiona-se neste artigo como exercer essa atribuição respeitando as singularidades das mulheres, seus limites e potência para a amamentação.

Procurando desvelar as diferenças entre as percepções da equipe gestora e da equipe de enfermeiros da ABS sobre as fortalezas e as barreiras para o sucesso da amamentação no município, para além da percepção do olhar comum, o artigo se utiliza dos conceitos de Michel Foucault para a análise dos discursos de entrevistados como maneira de encontro íntimo com o objeto.

Assim, é na relação desse objeto com as reflexões de micropolítica e micropoderes que se produziram os dados para as análises que se seguem e que permitem identificar o que se desenrola em torno de práticas de amamentação, sob tentativa de descobrir quais são os problemas específicos que interferem nas ações de saúde e quais são determinados por questões específicas de um serviço/profissional/município.

Materiais e Métodos

O artigo é recorte de estudo de mestrado² com enfoque qualitativo, no contexto da pandemia da covid-19, de fevereiro a abril de 2020, com enfermeiros das dez Unidades Básicas (UBS) de Jaguariúna-SP. Foi utilizado um webquestionário, instrumento escolhido em razão do isolamento social e de biossegurança dos participantes e da pesquisadora, que teve como finalidade compreender as percepções de enfermeiros quanto à implementação de políticas e estratégias de amamentação no SUS do município de Jaguariúna. Neste estudo, participaram três gestores e 12 enfermeiros que atendiam o binômio mãe-bebê nas unidades municipais, do mesmo modo que qualquer profissional da ABS.

As discussões deste artigo detêm-se à análise elaborada a partir dos registros realizados por enfermeiros do município, tratando-se de um dos recortes da dissertação de mestrado. As discussões provenientes das entrevistas com os gestores, por configurarem outro foco de trabalho, serão analisadas em outro momento.

O roteiro de entrevistas continha sete questões para aprofundamento do tema e os questionários respondidos pela plataforma *Google Forms* tinham 13 indagações, em resumo: *Percepções sobre o contexto da AB; Percepções sobre a estrutura organizacional e social para implementação de ações pró-amamentação; e Percepções sobre estratégias para implementação de ações pró-amamentação.*

As entrevistas por meio eletrônico foram consentidas e o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde, sob o protocolo nº 3.786.187/19.

Os dados obtidos foram analisados na modalidade de análise temática categorial com base em Minayo, e Assis e Jorge^{13,14}, que contribuíram para organização das informações em três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados, que inclui classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares. Como limitações do estudo, pode-se destacar a ausência da participação de usuárias e seus familiares no processo de produção das informações, uma vez que estes não são apenas espectadores, mas sim coautores da operacionalização, porém o tempo e o contexto da pandemia contribuíram sobremaneira para a redução da coleta de dados.

Resultados e Discussão

Para realização deste estudo, foram identificados informantes-chave do sistema municipal de saúde de Jaguariúna, representantes da gestão da AB

e, também, da categoria de enfermeiras(os). Foram entrevistados três profissionais da equipe de gestão e 12 enfermeiros da AB do município.

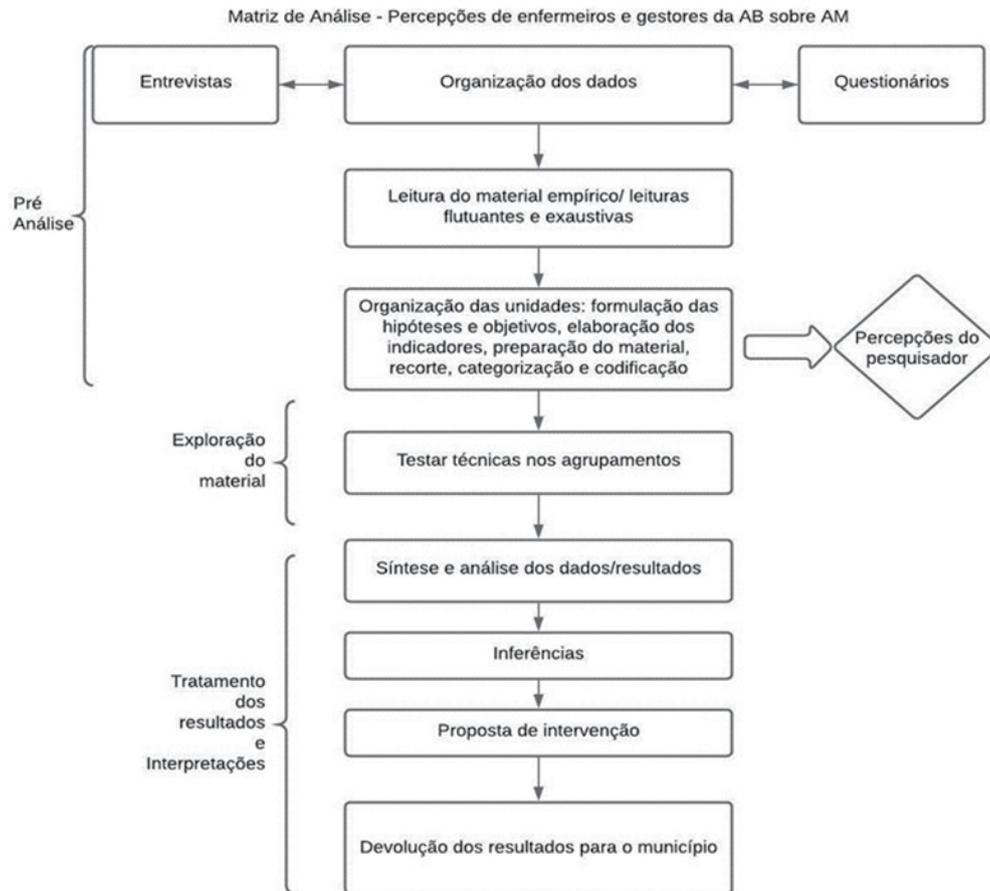
A equipe gestora é composta de quatro profissionais, todos enfermeiros. Todos os gestores foram convidados para participar deste estudo, no entanto, por motivo de férias e afastamento, um dos profissionais não foi incluído.

Na rede de AB do município, na época composta de nove UBS, havia um enfermeiro para cada serviço, portanto, um profissional em cada unidade. Há três UBS que funcionam em horários diferenciados das demais, nas quais atuam enfermeiros de outras equipes e outros três profissionais que assistem a comunidade durante o período noturno. Os 12 enfermeiros da AB aceitaram participar neste estudo.

O tempo de experiência profissional das três gestoras variou de 15 a 32 anos, sendo o período de exercício no cargo na gestão municipal de 7 a 20 anos. O tempo de formação era de 32, 20 e 15 anos e a idade média de 44 anos.²

A maioria dos enfermeiros entrevistados era do sexo feminino, sendo nove enfermeiras e três enfermeiros. A faixa etária que compreende a maior quantidade de profissionais (50%) foi a de 41 a 50 anos. 91% dos enfermeiros apresentavam título de especialista e mais de 60% atuam na AB do município entre 4 e 16 anos, o que caracteriza um grupo com predominância de profissionais experientes e que podem contribuir plenamente com suas percepções para este estudo.²

Foram identificados três núcleos temáticos: *Concepções sobre as fortalezas da AB para a amamentação; Barreiras identificadas pelos enfermeiros para operacionalização da amamentação; e Relações de poder nos serviços de saúde.* Identificaram-se trechos relevantes e suas unidades de contexto e os significados relativos às unidades de análise de acordo com o diagrama adaptado da Matriz de Análise^{13,14} (Figura 1).

Figura 1 – Matriz de análise adaptada, 2020

Fortalezas para assistência do binômio mãe-bebê na atenção básica

Os enfermeiros referem que além do vínculo, é importante que as mulheres tenham acesso adequado ao acompanhamento da gravidez desde o momento que é descoberta. Entendem que o atendimento multiprofissional é uma estratégia de qualificação da assistência e que a sistematização dos processos de cuidado são fortalezas para o cuidado do binômio mãe-bebê.

“Em minhas consultas eu dou abertura para que elas possam conversar sobre a amamentação comigo, normalmente a maioria relata o desejo do aleitamento materno exclusivo. Caso elas não falem do assunto de amamentação, eu início a

conversa, para saber como eu vou acompanhá-la durante a gestação e puerpério, e me disponho a sanar dúvidas e ensiná-las a como se tornar uma forma mais leve a amamentação.” [Enf. #12]

Para Cecílio¹⁵, o planejamento das intervenções em saúde permite criar e orientar as ações dos diferentes agentes do serviço, de modo a permitir a interação entre eles, apresentando-se como um instrumento de ação governamental para formação de políticas públicas.

As estratégias de implementação de ações pró-amamentação, quando considerada sua efetividade, baseiam-se no entendimento do aleitamento materno como um direito, produzindo uma discussão sobre a

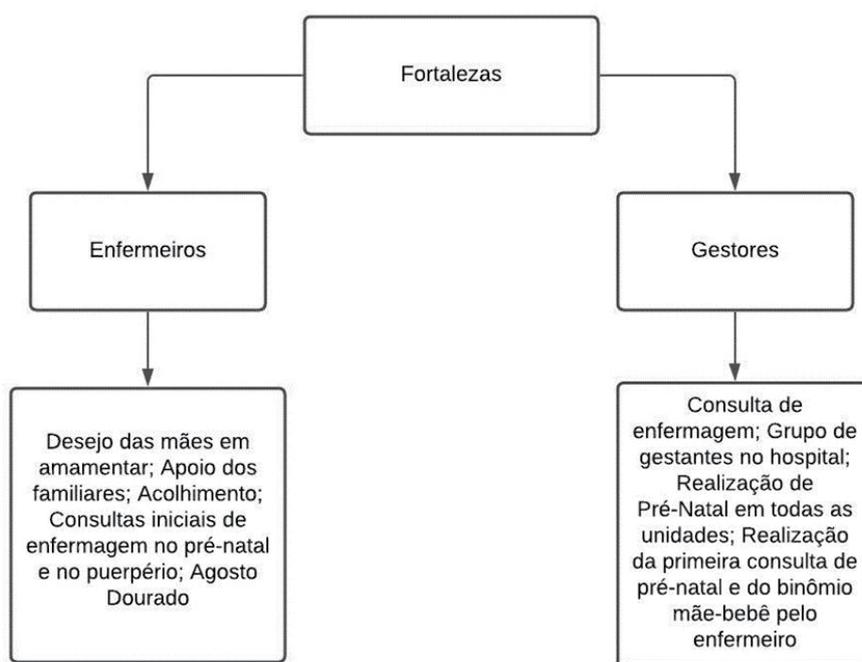
importância dos alimentos, do direito à amamentação tanto para a mulher quanto para o seu bebê.

Para os participantes desta pesquisa, as estratégias dependem de muitos fatores, como a organização dos serviços e a capacitação de equipes de profissionais de saúde. Entendem que há falta de estrutura nas instituições públicas, que deveriam proteger o livre exercício do aleitamento materno, especialmente

quando não há oferta de condições adequadas para continuidade da amamentação, seja por falta de apoio ou por questões sociais.

Os participantes frisaram as principais questões sobre os sistemas de saúde, uma vez que influem e apoiam as decisões sobre a nutrição em momentos críticos, principalmente quando ocorrem desafios para manter a amamentação (Figura 2).

Figura 2 – Síntese de fortalezas percebidas por enfermeiros e gestores no apoio à amamentação em Jaguariúna – SP, 2020.



Referem que a realização da primeira consulta de pré-natal e de pós-parto são momentos importantes para que a mulher seja atendida em suas especificidades, porém, no seguimento obstétrico centrado no médico não há informações ou incentivos sobre aleitamento materno, assim como nas consultas com o pediatra não se realiza orientação adequada para o manejo da amamentação, situação justificada como falta de tempo durante a consulta para isso.

Quando indagados sobre estratégias necessárias, a maioria dos participantes do estudo explorou as intervenções diretas, não se referindo ao papel das

políticas de saúde como promotoras de desfechos adequados da amamentação. Tal condição demonstra que se procura a remoção de barreiras nos serviços de saúde, mas não de questões estruturais que interferem na capacidade da mulher amamentar.

Barreiras para assistência do binômio mãe-bebê

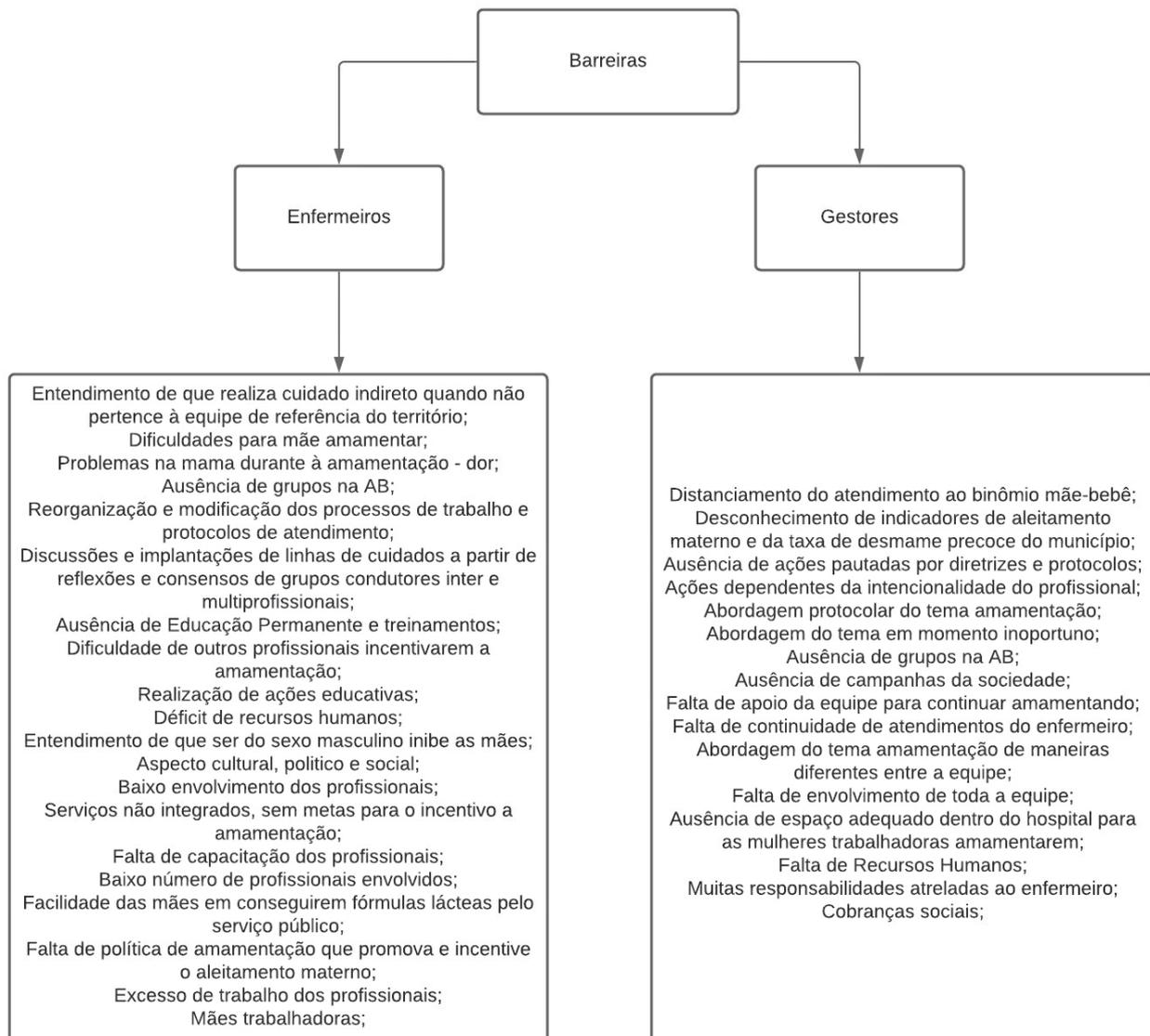
Durante a leitura dos questionários respondidos pelos enfermeiros pôde-se interpretar como barreira para o sucesso de ações efetivas, no que confere à amamentação, a não referência de momentos de

discussão sobre o tema entre os gestores, os profissionais e a sociedade, assim como o entendimento de que os estímulos para uma prática adequada deve ser iniciado no pré-natal e durante todo o ciclo gravídico-puerperal, destacando-se a importância do acolhimento, do vínculo, das redes de apoio, da continuidade do cuidado e da valorização da AB como porta de entrada para grávidas.

Os enfermeiros dos serviços de AB descreveram algumas dificuldades, entendendo que a falta de

pessoal nas equipes e nos serviços, a sobrecarga, a falta de motivação e a insuficiência de atualizações para melhorar a capacidade técnica e profissional interferem nos resultados quando se realizam abordagens sobre o binômio mãe-bebê. Estes profissionais identificaram que o conhecimento do perfil dos territórios é um fator que colabora com a melhor assimilação das ações de educação para a saúde dirigidas à mulher e sua família, assim como o número de habitantes assistido por determinada equipe (Figura 3).

Figura 3 – Síntese de barreiras percebidas por enfermeiros e gestores no apoio à amamentação em Jaguariúna - SP, 2020.



O reconhecimento das vulnerabilidades da comunidade, das especificidades do território e da realização de atividades de escuta ativa e acolhimento também influi no cuidado à população.

É possível identificar que ações como busca ativa, percepção da condição fisiológica e mental da mulher, realização de visitas domiciliares e o compartilhamento de informações são fortalezas de algumas unidades do município. No entanto, o reconhecimento do trabalho fragmentado aumenta a quantidade de desistências da amamentação atribuídas ao profissional médico.

As relações de poder estendem-se às relações entre os profissionais, as equipes e os gestores, comprometendo a autonomia dos trabalhadores no processo de assistência. Nesse sentido, o enfermeiro permanece sob comportamento naturalizado diante da responsabilidade de manter resultados ótimos no aleitamento, por exemplo.

Verificou-se a inexistência de protocolos, de diretrizes clínicas municipais para orientação dos profissionais que atuam diretamente com esta comunidade, assim como há relato de incerteza sobre o incentivo dos enfermeiros à amamentação quando a mulher enfrenta dificuldades no processo.

“A equipe se prontifica na assistência como um todo, mantendo uma comunicação efetiva entre os profissionais da atenção primária e secundária, obtendo uma visão sobre as dificuldades da puérpera nos primeiros 30 dias, que são cruciais. A estrutura municipal poderia facilitar o acesso aos direitos.” [Enf. #6]

O trabalho realizado nas Unidades Básicas de Saúde propõe um modelo de organização voltado para maior aproximação da comunidade, em lugar de estar centrado no profissional, constituindo uma proposta multidisciplinar e integradora.¹⁶

De acordo com Lanzoni e Meirelles¹⁷, a inexistência de responsabilidade coletiva entre os profissionais da equipe, caracterizando a descontinuidade das ações específicas de cada trabalhador,

desconsolida a estrutura horizontal desejável do serviço, situação observada na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Na assistência à grávida e à puérpera há superposição de funções, e algumas atividades são da competência tanto médica quanto do enfermeiro, constituindo relações de poder-fazer que exercem controle sobre os demais membros da equipe e usuários. Sobre as ações reconhecidas como efetivas, os enfermeiros referem:

“Acredito que a equipe de enfermagem estimula desde o início do pré-natal a amamentação, porém, há necessidade de outros profissionais da saúde fazerem o mesmo.” [Enf. #3]

A centralização da organização dos atendimentos das grávidas, mesmo divergentes das oficialmente instituídas pelo Ministério da Saúde, é uma condição que determina quem executará as funções superpostas. Assim, a inexistência de protocolos municipais dificulta a sistematização de uma assistência horizontal.

No contexto deste estudo, o atendimento à grávida se inicia pela solicitação de exame que confirma a gravidez e subsequente entrega para início de pré-natal. O primeiro atendimento é feito pelo enfermeiro, momento em que são solicitados exames de análises clínicas de laboratório, ultrassonografia e entrega de encaminhamentos para o grupo de pré-natal no hospital municipal, para avaliação odontológica e aplicação das vacinas indicadas. O retorno aos demais atendimentos é de competência do profissional médico, o que garante a centralidade no cuidado a esta população.

O primeiro atendimento pós-parto é de responsabilidade do enfermeiro, momento em que se faz o atendimento ao binômio mãe-bebê, identificando se existem problemas no ato da amamentação e queixas relacionadas ao puerpério, e fazendo o registro de antropometria do recém-nascido. Tratando-se de, majoritariamente, unidades tradicionais de atenção básica, os próximos atendimentos serão de responsabilidade exclusivamente médica.

As relações de poder nos serviços de saúde

O modelo de cuidado no serviço, orientado pelo modelo tradicional de quatro especialidades clínicas (Clínica Geral, Obstetrícia, Pediatria e Ginecologia) na atenção básica, constitui-se de uma frente que favorece práticas de poder hegemônico e disciplinar, reforçando relações de dependência, subordinação dos profissionais da equipe e entendimento do corpo do usuário como objeto de medicalização atingido pelo poder e saber médico. Os enfermeiros também referem que a não realização de atividades de promoção ao aleitamento materno é uma barreira para o apoio ao binômio mãe-bebê.

Os serviços de saúde, exercendo o poder que lhes é atribuído sob a justificativa de propiciar saúde, conceituam o cuidado pela óptica dos profissionais, trabalhando de acordo com o grau de complexidade em que estão inseridos, de maneira a oferecer para a comunidade prescrições sobre hábitos de vida saudáveis e comportamentos adequados.

Estes serviços disseminam as políticas públicas que norteiam as estratégias de biopolíticas construídas em prol da vida sadia da mulher e de seu bebê, almejando diminuição do desmame precoce e aumento da qualidade de vida desta população.

Desta maneira, a biopolítica^{10,11,12} delimita a gestão da saúde, demonstrando o que a sociedade entende como correto e reforçando a necessidade do Estado oferecer respostas para cada dificuldade enfrentada pela comunidade. O gerenciamento da vida faz com que as situações entendidas como barreiras para atenção à saúde tenham sua compreensão reduzida, tanto no que se refere ao acesso quanto à resolução das ações pretendidas. Haja vista que para a efetividade de ações pró-amamentação, pensa-se na construção de uma rede de apoio à mulher, e ainda na reorganização dos serviços, buscando-se modelos de baixo custo e com resultados efetivos de mudanças na sua implementação.

Ao se conceituar poder e o relacionarmos com o empoderamento de um conhecimento dominante, torna-se possível a identificação de barreiras para as atividades da Atenção Básica. Na visão foucaultiana^{10,11,12,18,19},

há uma desconstrução do poder exercido por somente um polo, empregando-se a conceituação de uma cadeia de submissões, que pode ser observada na relação entre enfermeiro–binômios mãe-bebê; médico-enfermeiro; políticas públicas-Estado–serviços de saúde e até entre os graus de complexidade da atenção hospital-unidades básicas de saúde.

É nessa perspectiva que se considera a maneira pela qual o saber-poder exerce um resultado positivo nas relações, ao expressar “micropoderes” dele mesmo. Entretanto, as relações de poder, evidentes na Atenção Básica, podem ser geradoras de conflito por causa da diversidade de opiniões e de atitudes, de tentativas de dominação de categorias profissionais e da centralização não instituída das decisões nos serviços. Além disso, tornar parte da equipe responsável pelo sucesso de ações de amamentação é agir negativamente na identificação de toda equipe como corresponsável pelo cuidado do binômio mãe-bebê, aumentando a pressão sobre alguns profissionais em detrimento à assistência que recomenda um cuidado multiprofissional e compartilhado.

Considerações finais

Os desafios de empreender uma pesquisa com dimensões que advêm das especificações que permeiam a assistência ao binômio mãe-bebê no contexto da amamentação adquirem proporções muito maiores do que as elencadas como intenções iniciais deste estudo. No entanto, espera-se que a reflexão proveniente das falas dos enfermeiros e dos gestores do município possam reorientar para a superação das fragilidades do cuidado, muitas vezes fragmentado em um modelo de atenção à saúde repleto de questões culturais e sociais que não dá prioridade à promoção de saúde como condição de proteção e para evitar afecções intercorrentes e comorbidades.

Entre as limitações deste estudo houve a condição sanitária do país, no período de campo da pesquisa. O enfrentamento da pandemia de coronavírus e a recomendação de distanciamento social refletiram-se em importantes mudanças nas ações da AB, de modo

que os enfermeiros foram afetados pelo aumento da sobrecarga de trabalho e responsáveis por adaptações nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças nos serviços.

Tal conjuntura exigiu a identificação de outras estratégias durante a coleta de dados, de maneira que consultados sobre a forma mais adequada para que pudessem explorar questões relacionadas à amamentação, os enfermeiros das UBS disseram que as respostas a questionários não presenciais seria uma maneira de poderem participar, uma vez que não seria uma atividade longa, teria horário flexível e de fácil acesso nos ambientes da unidade. Em consonância ao estudo apresentado, percebe-se que o que é proposto pelas políticas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno não atinge de maneira efetiva seu público-alvo, por questões multifacetadas como a fragmentação da rede, mantendo o saber-poder dos serviços e impedindo a organização da assistência.

Nesse íterim, o modelo biomédico é expressado pela maneira como os profissionais se relacionam nesta rede de atenção, sendo possível identificar pontos de resistência, atuais desafios para que a integralidade do cuidado ultrapasse o atendimento individual no consultório.

Frente a todo o exposto, a proposta de intervenção descrita é norteadora de uma estratégia de implementação que envolve grupos de interesse para que as ações pró-amamentação possam ser consolidadas nas rotinas dos serviços de saúde, sendo a participação de gestores, das entidades profissionais e da sociedade importantes para superar as barreiras identificadas neste estudo. O método IPIER (*Improving Program Implementation Through Embedded Research*)²⁰, que trata de melhorar a execução de programas por meio de pesquisa integrada e concomitante com o processo de execução das estratégias, considera o gestor em uma função ativa e colaborativa, um participante dos processos de planejamento e ação para o alcance dos resultados esperados.

Aspectos como a importância do enfermeiro e a potencialidade desses profissionais para formulação

de estratégias efetivas pró-amamentação surgem neste estudo como uma fortaleza, sendo assinalada pela equipe a necessidade de capacitação, de reorganização de fluxos de cuidado e de formação de equipe multiprofissional para o alcance de êxito no que se refere à redução dos casos de desmame precoce no município.

Conflito de interesses

As autoras responsáveis pela submissão deste artigo científico certificam que não possuem quaisquer conflitos de interesse relacionados à realização de todas as etapas do estudo.

Referências

1. World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital initiative: 2018 implementation guidance: frequently asked questions. 14 p. [acesso em 20 ago 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240001459>
2. Santos KH. Desafios e estratégias para implementação de ações pró-amamentação na Atenção Básica, sob a percepção dos enfermeiros [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde; 2020.
3. Brecaillo MK, Tamanini M. Amamentar, cuidar, maternar: regulações, necessidades e subjetividades. *Demetra*. 2016; 11(3): 825-846.
4. Victora CG, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect. *Lancet* [internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2019]; 387: 475 - 90. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf)
5. Rollins NC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016; 387:491-504.
6. Higashi GC, Santos SS, Silva RS, Jantsch LB, Soder RM, Silva LAA. Práticas de enfermeiros e a influência sociocultural na adesão ao aleitamento materno. *Rev. baiana enferm*. 2021;35:e38540.
7. Brasil. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 1986

[acesso em 12 set 2020]. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>

8. COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto [internet]. [acesso em 12 set 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html.

9. Klock P, et al. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: importando-se com o outro. *Cogitare Enferm.* 2007; 12 (4): 452-9.

10. Foucault M. A. *Arqueologia do Saber*. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2016.

11. Foucault M. *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.

12. Foucault M. *Ditos e Escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Ribeiro VLA, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2011.

13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.

14. Assis MAA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA, organizadores. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: Uefs Editora; 2010; p. 139–159.

15. Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec; 2007. p. 161-168.

16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília (DF); 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

17. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (3): 464-70.

18. Foucault M. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Brandão E, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

19. Foucault M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 2010.

20. Paula SHB, et al. Avaliação de fatores contextuais que interferem na implementação do protocolo no manejo da coinfeção TB-HIV nos serviços de atenção especializada, SAE no estado do Ceará. *IPIER*; 2014.

Atenção à Crise em Saúde Mental: Narrando Itinerários de Cuidados

Attention to the Mental Health Crisis: Narrating Care Itineraries

Marinês Santos de Oliveira¹; Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo

Introdução: Na Rede de Atenção Psicossocial, recomenda-se, em substituição às instituições manicomiais, serviços específicos e ações de cuidados para apoiar sujeitos em crise, apesar do asseguração jurídica da internação psiquiátrica. **Métodos:** Abordagem qualitativa, em que utilizamos a narrativa como estratégia de pesquisa, com base em vivências profissionais na Atenção à Crise em Saúde Mental. **Resultados e Discussão:** Constatamos a necessidade de investimento intenso nas equipes, de envolvimento do domicílio como locus de cuidado e como suporte para o fortalecimento das relações familiares e das redes sociais, e da efetivação do cuidado em saúde mental na AB. **Conclusão:** Os itinerários desvelam que a clínica psicossocial dispõe de tecnologias de cuidado sofisticadas, alinhadas à proposta do modelo psicossocial e potentes na atenção à crise.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Pesquisa Qualitativa

Abstract

Introduction: In the Psychosocial Care Network, it is recommended, instead of asylum institutions, specific services and care actions to support individuals in crisis, despite the legal guarantee of psychiatric hospitalization. **Methods:** qualitative approach, in which we use narrative as a research strategy, based on professional experiences in Mental Health Crisis Care. **Results and Discussion:** We verified the need for intense investment in the teams, for the involvement of the home as a locus of care and as a support for strengthening family relationships and social networks and the effectiveness of mental health care in AB. **Conclusion:** The itineraries reveal that the psychosocial clinic has sophisticated care technologies, aligned with the proposal of the psychosocial model and potent in crisis care.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Rehabilitation, Qualitative Research

Introdução

No âmbito da organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), serviços específicos e ações de cuidados foram recomendados para apoiar os sujeitos em crise, seguindo os fundamentos do modo de operar no modelo de atenção psicossocial, como proposta substitutiva às instituições manicomiais. A estrutura de apoio e a estratégia de cuidado que se destacam na organização da RAPS para atenção à crise são, respectivamente, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

tipo III e a Hospitalidade Noturna (HN), embora nem todos os municípios do país estejam contemplados por esta modalidade de serviço.¹

A HN foi proposta com o objetivo de minimizar o uso dos leitos psiquiátricos, passando, inclusive, a fazer parte dos procedimentos de cuidados (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde no Boletim de Produção Ambulatorial – RAAS/BPA) do CAPS, e estando prevista na tabela SUS de procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos.²

O CAPS tipo III tem como recurso a hospitalidade noturna, com possibilidades de receber e cuidar de alguém, de modo intensivo, 24 horas, em momentos de rupturas, após avaliação pela equipe como um processo de crise. Esse recurso de HN abrange ofertas terapêuticas individuais e coletivas, avaliação médica,

¹ Marinês Santos de Oliveira (maoliveira1900@gmail.com) é psicóloga, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde e coordenadora de Saúde Mental do município de Santo André.

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública, pesquisadora científica e professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, e diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS/SP do Instituto de Saúde/SES/SP

de enfermagem e da referência terapêutica. Todavia, do ponto de vista legislativo, a internação psiquiátrica ainda segue prevista na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.^{3,4}

A política de governo, quando opta pelo financiamento da internação psiquiátrica, tem consequências deletérias para os usuários da RAPS, na medida em que essa conduta retira o sujeito do circuito de cuidado psicossocial na Atenção à Crise, estabelecido no processo de desinstitucionalização e de substitutividade ao manicômio.

A implantação das práticas substitutivas que prescindem do leito em hospital psiquiátrico cria uma tensão no jogo de forças entre o modelo psicossocial e o manicomial. Nos momentos de crise de um paciente, nos quais as ações rápidas e urgentes são requisitadas, é comum emergir o imaginário social encarnado no modelo hospitalocêntrico. A ausência de ofertas de ações como a HN nos CAPS III também contribui para o protagonismo do campo biomédico, cujo registro da crise coloca em evidência os sinais, a agudização dos sintomas e o rompimento com a suposta normalidade. Exige-se o diagnóstico, a psicofarmacologia e a supressão das manifestações patológicas, favorecendo a internação psiquiátrica como intervenção prioritária.⁵

Nesses casos, a incapacidade para atender à crise coloca em suspeição a oferta de resposta, resolutividade, organização, fluxos, qualificação da equipe e gestão. O pronto-socorro passa a ocupar lugar central da rede e transforma-se em importante analisador dos entraves, dos pontos críticos e das fragilidades dos serviços psicossociais.^{6,7}

Crise e a Rede de Atenção Psicossocial: Tecendo um conceito relacional

Operar as vertentes teóricas de crise em saúde mental no cotidiano dos serviços e promover tecnologias de cuidado psicossociais são desafios complexos, que exigem dos profissionais um referencial que produza orientação, racionalidade clínica e manejo técnico.

Entre os repertórios teóricos existentes, este trabalho faz predileção pela psicanálise e pelos conceitos

que fundamentam a Clínica Psicossocial das Psicoses e o Modelo de Atenção Psicossocial. Opta-se pelo conceito de crise em saúde mental como algo produzido nas relações, no contexto de vida, entre as pessoas, em momentos de conflitos, rompantes, apresentando sintomas e sinais que não necessariamente serão suprimidos, mas suportados e acolhidos pelos profissionais. Um episódio de crise pode provocar uma desestabilização passageira ou permanecer prejudicando o estado de equilíbrio da pessoa com relação ao seu corpo e ao meio ambiente. Abrange o campo das relações vinculares, dos determinantes sociais em saúde, do cuidado no território de vida e na preservação dos direitos dos sujeitos.^{8,9}

Os autores¹⁰ trazem o tema para uma vertente psicossocial, denotando que a crise se desenvolve no âmbito coletivo, e que o usuário deve poder atravessá-la conservando, na medida do possível, sua continuidade existencial e histórica, sendo garantida a ele a manutenção dos vínculos com seu ambiente e com pessoas significativas em sua vida, e a formação de novos vínculos no próprio serviço. Nesse sentido, Knobloch¹¹ é elucidativo:

“A crise pode ser designada como uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações. Este abismo se manifesta como um excesso de força pulsional que rompe a capacidade de simbolização mas, ao mesmo tempo, instaura uma eminente exigência de ligações até então inexistentes.”¹¹

Com subsídios da clínica psicossocial, Silva⁹ conceitua o fenômeno da crise psíquica como manifestações relacionais e sociais indissociáveis, que provocam ressonâncias e perturbações nos ordenamentos e normas coletivas. Segundo o autor, a emergência psiquiátrica, apresentada a partir dos comportamentos violentos, disruptivos e bizarros,

“é fundamentalmente, aquilo que corresponde a uma perturbação psíquica que gera algum tipo de ressonância social importante. Se a psicose não se apresentar sob esse formato disfuncional, ela não é problema para ninguém, a não ser talvez para o sujeito que vive essa estranha experiência.”⁹

Considerando os entendimentos expostos sobre a Atenção à Crise na Saúde Mental, este artigo tem o objetivo de promover uma reflexão teórica e técnica acerca do tema e das tecnologias de cuidado disponíveis, bem como abrir perspectivas para os modos de atenção inovadores no modelo de atenção psicossocial.

Os caminhos metodológicos

As narrativas nas Ciências Sociais em Saúde vêm despontando, nas últimas décadas, como importante estratégia de pesquisa, desconstruindo a solidez positivista e de neutralidade entre pesquisador e objeto pesquisado no campo epistemológico. Segundo os autores Onocko-Campos e Furtado¹², no cenário de pesquisas sanitárias, “abordagens metodológicas tradicionais não têm sido suficientes para compreender os dilemas e impasses dessas novas práticas de saúde”. Ao inserir em sua análise a cultura, a ação social e a experiência pessoal, as narrativas alinham-se aos princípios da saúde coletiva e promovem espaços de críticas e reflexões relativas ao modelo hegemônico biomédico de cuidado, à patologização e à medicalização das questões sociais e da vida¹³. Exigem despir-se de um academicismo culturalmente rígido em seus números e análises, ao mesmo tempo que expõem, sem quaisquer filtros, o autor dessa narrativa. O autor é, ao mesmo tempo, quem escreve e quem analisa, sob luz da ciência, a si próprio, sua trajetória e seu caminho. Seu experimento pessoal está posto à prova desde a primeira linha, vírgula, sem margem para erro ou lapso de algum fato, observação, revisão ou reconhecimento dos atos. Não se trata de uma simples descrição de histórias. A narrativa exige vivência, implicação e subjetividade.

As narrativas preservam a capacidade de identificar transformações, continuidades, hegemonias e rupturas sociais, nomeando os limites impostos por alguns estilos de pensamentos e racionalidades (clínica, modelo biomédico, positivismo, etc.), e de buscar a integralidade no cuidado e na formação em saúde de modo mais abrangente.¹⁴

A partir das narrativas de itinerários profissionais vivenciados na Atenção à Crise em Saúde Mental, em distintos cenários sócio-político-culturais do Brasil, compreendeu-se que os estudos narrativos contribuiriam para melhor investigar, entender, interpretar e (res) significar o tema da crise e das tecnologias de cuidado disponíveis no modelo psicossocial.

Os três itinerários de cuidado narrados a seguir dizem respeito às experiências biográficas da primeira autora na assistência e na gestão em saúde mental: 1) Psicóloga da Saúde Mental na Atenção Básica no sertão baiano; 2) Apoio Técnico em Saúde Mental e 3) Coordenadora da Saúde Mental; estas duas, desenvolvidas nas cidades da Região Metropolitana de São Paulo.

Neste trabalho, os itinerários caminhados e narrados estão carregados de experiências que trouxeram dúvidas, angústias, incertezas sobre como operar tecnologias de cuidado estabelecidas nos manuais, guias e compêndios. Muitas vezes, esses episódios eram acalmados com a luz da teoria. Em outras ocasiões, eram embaralhados por uma literatura distante da realidade das pessoas, das suas comunidades, dos modos peculiares que operam suas vidas. Como lembra a autora Zygoris¹⁵: “os mapas não são os territórios”. Muitos caminhos alicerçados no empirismo fizeram nascer novas reflexões, novas invenções e novas costuras teóricas entre Psicanálise, Sociologia, Psicologia, Filosofia e tantos outros saberes. As linhas entre o que se lê e o que se faz ora se sobrepõem, ora correm separadas no trabalho vivo em ato, um processo de infinita retroalimentação.

A construção das narrativas, em itinerários teórico-metodológicos, possibilitou apreender conceitos e práticas que expressam diferentes lógicas no campo do cuidado em saúde mental, por meio das quais os

princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e do Modelo de Atenção Psicossocial puderam ser questionados. Como resultado, produziu um estudo avaliativo dos conceitos, tecnologias de cuidados e das respostas ofertadas pelos municípios na atenção à crise.

A narrativa dos itinerários: Um brevíário

Os itinerários descritos desvelam que a clínica psicossocial dispõe de tecnologias de cuidado sofisticadas e potentes na atenção à crise. As tecnologias que atuam na relação, como intensificação de cuidados, manejos vinculares, alteridade, posição orientada, atendimento domiciliar, filiação social e cuidado às famílias alinham-se com a proposta do modelo psicossocial e podem ser acionadas no cotidiano dos serviços substitutivos, no território, nas práticas comunitárias e no domicílio dos usuários.

No começo, tudo era sertão

Em cidades marcadas pela insuficiência nas redes de serviços de saúde e pela falta de profissionais especializados, os processos e arranjos de trabalhos devem focar-se, além do domicílio, nos recursos disponíveis no território e na comunidade.

No primeiro município no sertão baiano em que atuei, um grande fator positivo era a existência do distrito sanitário com 100% de cobertura pelo Programa Saúde da Família (PSF). A organização contemplava sete PSF, com dois postos de saúde satélite^{III} e uma UBS. Segundo os autores Martins e outros¹⁶, do ponto de vista da gestão e da produção de saúde, um território com cobertura de Estratégia Saúde da Família apresenta melhor desempenho e serviços prestados em relação àqueles territórios que ainda estão sob o regime de UBS tradicional (sem agentes comunitários de saúde - ACS) ou de áreas totalmente descobertas.

^{III} O Posto de Saúde Satélite cumpria os requisitos dos antigos "postinhos de saúde". Localizava-se na comunidade mais distante ou de difícil acesso do PSF. Em um dia da semana, o médico e a enfermeira estavam presentes. Nos demais, apenas um profissional técnico de enfermagem era o responsável.

Era preciso propor uma reestruturação produtiva no campo da saúde mental que pudesse garantir a desinstitucionalização do fazer saúde mental, corresponsabilização, integralidade e continuidade do cuidado, fortalecimento dos vínculos, empoderamento profissional de outras categorias, apoio matricial às equipes, parcerias intersetoriais, a discussão do *setting* terapêutico, propondo o território e a comunidade como centrais nesse processo e, principalmente, na Atenção à Crise.

Inicialmente, havia uma agenda da área de Psicologia na Unidade Básica de Saúde do centro da cidade, organizada exclusivamente com foco na psicoterapia individual. Com o passar das semanas, fui me apropriando desse processo para ocupar e estar no território, o que resultou em uma agenda enxuta, apenas com casos que exclusivamente necessitavam de um cuidado individual mais intensivo e pontual.

Esse primeiro movimento foi o início de um grande processo de trabalho. A primeira parte foi dividida em algumas etapas: conhecer a rede de saúde e a rede intersetorial, os profissionais, os territórios, as comunidades; levantar e estabelecer os desafios e potencialidades de cada localidade; realizar um diagnóstico inicial; organizar um projeto de saúde mental do município.

A segunda etapa teve como marco o trabalho junto com os ACS. Iniciamos por meio de encontros semanais com as equipes do centro urbano. A princípio, alguns temas importantes em saúde mental foram apresentados: psicopatologias e sofrimento psíquico, atenção psicossocial, intensificação de cuidados, Atenção Domiciliar, Atenção à Crise, vínculo, acolhimento, escuta ativa, projeto terapêutico, matriciamento, entre outros pontos. Posteriormente, alguns casos emblemáticos eram discutidos e repensados para elaborar as estratégias de cuidados.

A parte mais importante foi o fazer junto, consolidando a segunda etapa. Passei a realizar visitas e atendimentos compartilhados, desbravando os territórios, caminhando pela comunidade, adentrando os domicílios, tudo pela óptica de um profissional-guia. Realizávamos atendimentos aos usuários, suporte

às famílias, mediações das tensões e dos conflitos, grupos e encontros coletivos nas escolas, igrejas, associações. Dar visibilidade e validar o potencial e o saber desse profissional fez toda a diferença para a entrada da saúde mental no Programa Saúde da Família.

Apostar no cuidado comunitário foi imprescindível para a construção e o fortalecimento desse projeto no sertão baiano. Entretanto, a grande aposta foi apresentar o domicílio como o lugar da atenção à crise. Não se tratava de uma visita domiciliar, mas de atenção domiciliar. Apostar em uma intensificação de cuidado a partir desse lugar, com frequência e regularidade no encontro com o sujeito, no seu momento de ruptura com a realidade, com as relações, com a comunidade.

A cidade grande e seus duros arranjos psicossociais

Três anos depois da experiência no sertão baiano, em 2015, dou início a uma jornada no campo da saúde mental no Grande ABC, em São Paulo. A minha inserção no Grande ABC começa no município que chamarei de “*Cidade I*” (de 2015 a 2017), em um momento bem profícuo da RAPS local e da saúde mental no Brasil.

Tratava-se da época de ouro do Modelo Psicossocial. Entre 2003 e 2014, o governo federal realizou os maiores investimentos no campo da saúde mental antimanicomial.¹⁷ Momento ímpar, sem precedentes na sanção de portarias, normativos técnicos e editais que promulgavam o Programa de Volta pra Casa (PVC); a ampliação das equipes do Consultório na Rua; a instituição da RAPS e o papel de cada equipamento; o financiamento fixo via Fundo Nacional de Saúde para os CAPS, independentemente do boletim de produção ambulatorial (BPA); a implantação da RAAS, com procedimentos específicos do campo psicossocial; portaria de implantação, habilitação e financiamento para Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil, CAPS, residências terapêuticas; editais de financiamento para projetos de reabilitação psicossocial, trabalho, cultura e inclusão social na RAPS; projetos de educação permanente como os Percursos Formativos e Caminhos

do Cuidado; portaria de financiamento de supervisão clínico-institucional, entre outros.

Embora não fosse uma mudança em todo o país de forma congruente, com distribuição de recursos igualitários, eram notórios os impactos e as mudanças no campo da saúde mental. Quando o foco de todo o projeto em saúde mental é realizado com e a partir do sujeito, constata-se a “*reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: hábitat, rede social e trabalho com valor social*”¹⁸. A Cidade I era o exemplo da consolidação desse processo nacional, apesar de alguns desafios pertinentes à sua gestão, tais como: fortalecimento das equipes nos territórios e nos domicílios dos usuários; infraestrutura física de alguns serviços; Atenção Básica e Saúde Mental; transporte e equipes insuficientes em alguns equipamentos.

Por mudanças na gestão, deixo a *Cidade I* no início de 2017. No mesmo ano, chego a fazer parte como Apoio Técnico da Coordenação de Saúde Mental de uma segunda cidade dessa mesma região, na qual fico apenas até agosto de 2018. Optei por não relatar essa experiência, dado o panorama crítico de cunho político-partidário que a cidade atravessava. O cenário proporcionou retrocessos sem precedentes na cidade, afetando diretamente os municípios no campo das políticas públicas de saúde, assistência social e educação.

Em 2018, iniciei uma nova jornada como Apoio Técnico em Saúde Mental na Secretaria de Saúde da *Cidade II*. Logo no início de 2019, assumo a Coordenação de Saúde Mental e um desafio ímpar, devido ao panorama nacional que o país enfrentava com a suspensão de importantes investimentos no campo da RAPS, desde 2017, e a pandemia da covid-19, logo no início de 2020.

Em um momento anterior, em meados de 2016, logo após a mudança política no cenário nacional, as cidades viram seus processos ameaçados e abruptamente interrompidos com a suspensão de editais, de recursos e com alterações importantes na direção da política de saúde mental do país. Ao final de 2017, o governo federal promulgava em portaria a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, a ampliação

de recursos para as comunidades terapêuticas (CT) e os cortes e limites de financiamento em serviços da rede extra-hospitalar existentes ou em processo de habilitação.

Todos os anos que custaram a implementação e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e do Modelo de Atenção Psicossocial estavam agora ameaçados em sua ampliação e manutenção por um projeto que declaradamente vinha para favorecer, novamente, as instituições totais: hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas.

Por sua vez, quaisquer avaliações das RAPS nesses dois últimos anos não podem desconsiderar como a pandemia da covid-19 provocou impactos sanitários significativos e perenes, exigindo (re)inventar a gestão dos serviços de saúde, fluxos, processo de trabalho, arranjos de rede e qualificação dos trabalhadores, sem quaisquer novos investimentos financeiros.

De todo modo, o cotidiano do meu trabalho prosseguia. De início, já era possível verificar, com o mapeamento da RAPS empreendida, a defasagem da cobertura de serviços de CAPS e UBS com ESF na maior área de vulnerabilidade e desigualdade social do município. Tal fato comprometia o projeto terapêutico singular de cuidado integral e longitudinal dos usuários, resumindo-se em ações pontuais, essencialmente na crise, além de uma rotina marcada por um “cessar fogo” ininterrupto.

Outra verificação: de todos os casos que chegavam ao PS de psiquiatria, 75% dos usuários atendidos, seguindo o fluxo estabelecido, ocupavam os leitos de saúde mental em hospital geral e em hospitais psiquiátricos, não retornando aos CAPS. Ao filtrar os dados desses usuários, boa parte havia passado ao menos duas vezes por mês no PS, mesmo tendo sido encaminhado ao CAPS. A lista deixava claro que se tratava dos usuários mais complexos, de maior exigência técnica e intensificação de cuidado no serviço CAPS. A proposta para mudar essa situação foi a criação e o compartilhamento de um censo diário no PS de psiquiatria com informações sobre os usuários que estivessem na observação psiquiátrica. Considerando a necessidade de priorização desses casos nos CAPS,

essas informações deveriam ser enviadas para a Coordenação de Saúde Mental e para a gerência de todos os centros, servindo para acompanhar e monitorar os casos que estivessem no PS de psiquiatria.

Do ponto de vista qualitativo, esse mecanismo aproximou as equipes do PS de psiquiatria e dos CAPS, ampliou as discussões acerca do conceito, manejo e da inserção dos usuários com necessidades de cuidados intensivos 24 horas, qualificou o acolhimento noturno, promoveu critérios técnicos para uso dessa tecnologia de cuidado e provocou as ofertas de atendimento às famílias quando seus entes estão em acolhimento noturno nos serviços.

Nesse mesmo percurso da (des)construção, um trabalho árduo vem sendo realizado, desde 2019, no CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e no CAPS infantojuvenil (IJ) da *Cidade II*. Sair de um *modus operandi* sintomático de ambulatório e essencialmente de ofertas de grupos para uma perspectiva de clínica ampliada no território invoca uma (des)construção de conceitos, processos, fluxos, (in)compreensão da “Clínica AD” e da Clínica da Infância e Juventude, (des)entendimento da Política de Redução de Danos *versus* Abstinência, bem como a crescente patologização do processo de ser criança. É um processo em curso perene, minucioso, costurado fio a fio, que prescinde da negociação sutil na vida cotidiana dos profissionais, usuários, família, rede e gestão participativa.

Houve ampliação de recursos humanos, melhorias na estrutura física, supervisão clínico-institucional, bem como a promoção de educação permanente para os profissionais. Nesse sentido, é importante salientar que todo o trabalho tem o apoio da gestão central e é construído e compartilhado com e entre gestores alinhados com diretrizes e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Esse fortalecimento da Política Pública de Saúde Mental da *Cidade II* manifesta-se na obtenção de premiações em eventos que destacam projetos exitosos e potentes no SUS, da esfera estadual e nacional.

Postos todos esses avanços no CAPS AD da *Cidade II*, alguns pontos continuam intrincados como novos desafios a serem percorridos: matriciamento,

cuidado dos casos com menores complexidades no campo AD e o tema da dependência química dos opioides e benzodiazepínicos.

Considerações, apontamentos e conclusões

As cidades metropolitanas que oferecem uma abundância de serviços de saúde para as situações de crise, especialmente os hospitais psiquiátricos, precisam dispor do enfrentamento ao modelo biomédico, que concentra a atenção à crise essencialmente no profissional médico e nas instituições, abdicando das práticas psicossociais. Em ambos os cenários, foi constatada a necessidade de investimento intenso nas equipes, de envolvimento do domicílio como *locus* de cuidado e como suporte para o fortalecimento das relações familiares e das redes sociais, e da efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

Nem sempre o contexto é favorável à desconstrução do fluxo de direção única CAPS -pronto atendimento - hospital psiquiátrico, que ocorre na maioria dos arranjos de atenção à crise. Esse cenário é típico e coloca em risco o projeto de Modelo Psicossocial e as bases de sustentação da Reforma Psiquiátrica. Nessa configuração, o principal desafio é suprimir do imaginário social a ideia da instituição fechada como locus único possível de intervenção na crise e a figura do médico e da psicofarmacologia como agentes exclusivos do cuidado. O diferencial marcante desse arranjo de dispositivos diz respeito às decisões do coletivo (equipe, gestor da unidade, apoio técnico e coordenação) sobre as possibilidades terapêuticas e de intervenções ou cuidados imediatos nos momentos de crise de usuários. Para os resultados conquistados, de redução de 50% a 75% na ocupação de leitos do PS-HP por meses seguidos, como os observados em um dos municípios, foram decisivos os grandes investimentos na ampliação e fortalecimento da rede, mudanças nos processos de trabalho, construção de fluxos e protocolos, e instrumentos de monitoramento de indicadores por parte da gestão.

Apesar dos avanços significativos, as práticas manicomiais persistem nos cotidianos dos serviços

e das equipes, onde impera a busca da retaguarda hospitalar e dos cuidados exclusivamente médicos nos momentos da assistência à crise. O financiamento à RAPS não alcançou patamares suficientes para sua implantação e seu fortalecimento, sendo comum encontrar equipes escassas e exaustas, presas aos muros dos serviços, com agendas lotadas e modos cristalizados de trabalho na clínica da saúde mental. No entanto, observou-se, também, que o quantitativo de serviços não necessariamente se traduz em melhor atenção à crise. A efetividade da atenção à crise está relacionada com o estabelecimento de fluxos, com a interlocução positiva entre os serviços que compõem a RAPS, com as equipes atuando no território a partir dos recursos comunitários, da atenção domiciliar, do apoio às famílias, da intensificação de cuidado, entre outros. Tais práticas constituem-se em tecnologias de cuidado potentes e promotoras de atenção psicossocial, alinhadas aos princípios do SUS e da RPB, sobretudo nos momentos de maiores fragilidades psíquicas dos sujeitos e dos seus núcleos familiares.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências [internet]. 2017 [acesso em 15 set 2021] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
2. Sigtap – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Acessar a tabela unificada [internet]. 2022 [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
3. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [acesso em 10 set 2021]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. [acesso em 11 set 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

5. Zeferino MT, Rodrigues J, Assis JT, organizadores. Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa; 2015.
6. Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, Brito C, Medeiros I, Bezerril MC. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Revista Polis e Psique*. 2012;2 (3):95-127.
7. Jardim K, Dimenstein M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista (Belo Horizonte)*. 2007; 13(1): 169-190.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília (DF); 2014. (Série Técnica navegador SUS; 9)
9. Silva MVO. A clínica psicossocial das psicoses. [Editorial] *Rev Extensa Intensa*. 2007; Vol. n. 1:11-13.
10. Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J, coordenador. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Autor; 1991. p. 53-79.
11. Knobloch F. *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ; 1998.
12. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42:1090-6.
13. Onocko-Campos, RT. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis [internet]*. 2011 [acesso em 10 jan 2023]; 21(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-
14. Ceccon RF, Garcia-JR CAS, Dallman JMA, Portes VM. *Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2022.
15. Zygouris R. *O vínculo inédito*. São Paulo: Escuta; 2003.
16. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade [internet]*. 2017 [acesso em 21 ago 2023];11(38):1-13. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1252>
17. Desinstitute; Weber, Renata (org.). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*. Brasília: [s.n.], 2021
18. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2. ed. São Paulo: TeCorá; 2001.

Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama da alimentação infantil no município de Jacareí - SP

Feeding practices of children under 12 months: an overview of infant feeding in Jacareí - SP

Natália da Costa Selinger^I, Mariana Tarricone Garcia^{II}, Sonia Isoyama Venancio^{III}

Resumo

Objetivos: Caracterizar as práticas alimentares de crianças entre 0 e 12 meses e o perfil das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no tocante à promoção do aleitamento materno (AM) e alimentação complementar (AC) no município de Jacareí. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo de base populacional. Realizou-se um inquérito domiciliar com cuidadores de lactentes menores de 12 meses e entrevistas com supervisores de todas as UBS do município. **Resultados:** Participaram do estudo 253 lactentes menores de 6 meses e 287 entre 6 e 12 meses. A prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 34,3% e de aleitamento materno continuado, de 55,1%. Identificou-se associações significativas entre escolaridade materna e trabalho materno fora do lar, e oferta de alimentos saudáveis e não saudáveis para crianças entre 6 e 12 meses. Quanto ao perfil de trabalho das UBS, a promoção do AM e AC adequada em ações de puericultura foi menor do que em grupos no pré-natal. A prevalência de visita domiciliar pós-parto até sete dias foi de 27,8%. **Conclusão:** Identificar o perfil alimentar e o processo de trabalho das equipes de saúde permite apoiar o planejamento de políticas públicas, em especial para promoção do AME, introdução alimentar adequada, capacitação dos profissionais e implementação de protocolos para pós-parto e puericultura.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Alimentação complementar; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objectives: To characterize the feeding practices of children aged between 0 and 12 months and the profile of the UBS regarding the promotion of breastfeeding (BF) and complementary feeding (CF) in the municipality of Jacareí. **Methodology:** Population-based descriptive cross-sectional study. A household survey was carried out with caregivers of infants younger than 12 months and interviews with supervisors from all UBS in the municipality. **Results:** 253 infants younger than six months and 287 between six and twelve months participated in the study. The prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) was 34.3%, and continued breastfeeding was 55.1%. Significant associations were identified between maternal schooling and maternal work outside the home and offering healthy and unhealthy foods to children aged between six and twelve months. As for the work profile of the UBS, the promotion of adequate BF and AC in childcare actions was lower than in prenatal care groups. The prevalence of postpartum home visits within seven days was 27.8%. **Conclusion:** Identifying dietary profiles and the work process of health teams support the planning of public policies, especially for the promotion of EBF, adequate food introduction, training of professionals, and implementation of postpartum and childcare protocols.

Keywords: Breastfeeding; Supplementary feeding; Primary Health Care.

^I Natália da Costa Selinger (ncs.111@gmail.com) é nutricionista na Prefeitura Municipal de Jacareí, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II} Mariana Tarricone Garcia (mariana.garcia@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, doutora em Saúde Pública e PqC II no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; docente e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública, PqC VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; docente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Introdução

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e consideráveis avanços no processo de desenvolvimento de habilidades psicomotoras e neurológicas que são adquiridas e aperfeiçoadas a cada mês. Há evidências de que, nesta fase, a quantidade e a qualidade de alimentos apresentados e consumidos pela criança refletirão no aspecto nutricional ao longo da vida e no padrão alimentar cultural do adulto¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno (AM) e a alimentação complementar (AC) estão incluídos entre as 23 intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo para a redução da mortalidade infantil, sendo o AM a mais efetiva dentre elas.^{2,3}

A OMS e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a amamentação exclusiva até os seis meses de idade. A partir desta idade é necessário introduzir gradualmente outros alimentos na rotina da criança, definida como alimentação complementar, de forma a agregar benefícios nutricionais às inúmeras qualidades e funções do leite materno, devendo manter esta rotina alimentar por dois anos ou mais^{4,2}. A introdução alimentar se configura como uma fase que envolve processos complexos e que são influenciados por diversos fatores sociais, culturais, étnicos, comportamentais e econômicos que podem interferir no estado nutricional da criança.⁵

Estudos apontam que fatores ligados à mãe e família, à gestação e parto e a condições socioeconômicas estariam associados ao desmame precoce e à inadequação na qualidade da alimentação complementar⁶. A atuação dos serviços de saúde também pode interferir positivamente na decisão da nutriz em amamentar e no sucesso da prática do AM, podendo haver aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses quando existem serviços de saúde e programas locais em favor do estímulo ao AM⁷. Em uma revisão de literatura, identificou-se que mulheres que passam por ações e aconselhamento em amamentação tiveram taxas significativamente mais altas de AM em comparação àquelas que não receberam.⁸

A orientação adequada na fase da introdução da AC pode ter impactos positivos na adequação da oferta

de alimentos e os profissionais de saúde desempenham papel fundamental auxiliando e orientando mães e cuidadores¹. A falta de atualização sobre o tema por parte dos profissionais e dificuldades na comunicação entre profissional e mãe no momento de contato parecem ser fatores que influenciam negativamente na realização de práticas adequadas em introdução alimentar.^{9,10}

No Brasil, desde a década de 1970, existem estudos que descrevem tendências da prevalência de AM e sobre o perfil alimentar de crianças menores de 12 meses em nível nacional, que, apesar de ascendentes, continuam abaixo dos parâmetros preconizados pela OMS^{11,12,13,14}. Os dados nacionais sobre AC são escassos de maneira geral, e são ainda mais escassos quando comparados aos estudos relacionados ao AM. Considerando a importância dos dados locais no apoio à tomada de decisões dos gestores no tocante à disponibilização orçamentária, fortalecimento das ações exitosas e definição de estratégias em prol da alimentação infantil adequada, o propósito deste trabalho foi caracterizar as práticas alimentares da população menor de 12 meses de idade e do perfil de trabalho das UBS para promoção do AM e AC no município de Jacareí.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo envolvendo um inquérito de base populacional direcionado a cuidadores de lactentes menores de 12 meses e entrevistas com supervisores administrativos dos equipamentos da Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS – sob o número de parecer 3.471.379.

Amostragem

A amostra de lactentes foi definida a partir das crianças com cadastros completos no sistema de gestão de prontuários eletrônicos do município, ou seja, com situação de confirmação do endereço cedido, independentemente de realizar ou não o acompanhamento em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O tamanho da amostra foi fixado considerando os dados

sobre aleitamento materno da última Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, com prevalência de AME até o sexto mês de 36,6%.¹⁵

Levando-se em conta uma perda de 10%, a amostra foi composta de 580 crianças, dividida em dois domínios de estudo: crianças menores de 6 meses (n=290) e crianças de 6 a 12 meses (n = 290).

Uma vez obtidos os dados municipais consolidados de cadastros completos de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) e a definição do tamanho da amostra, distribuiu-se o número de crianças proporcionalmente ao total de cadastros completos de cada UBS, definindo-se, assim, o número de crianças elegíveis por UBS e divididas segundo os grupos etários de interesse. A partir daí, foi realizado o sorteio aleatório das crianças que tiveram seus cuidadores convidados a participar da pesquisa. Foram considerados como critérios de exclusão relacionados à criança: anomalias congênitas que impeçam a alimentação via oral sem a adaptação de consistência, o uso de sonda nasogástrica ou gastrostomia, crianças em que a mãe recebeu contraindicação ao aleitamento materno por apresentar algum fator de risco à mãe ou à criança.

Para a realização das entrevistas referentes ao perfil de trabalho das unidades direcionadas às supervisoras administrativas de UBS, todos os supervisores foram convidados a participar.

Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário baseado no formulário “Marcadores de Consumo Alimentar”¹⁶, composto por perguntas fechadas, direcionado ao consumo de alimentos no dia anterior à entrevista.

O instrumento para coleta de dados quanto ao perfil das UBS consistiu em um formulário baseado na proposta da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e nas recomendações da OMS/Fundo das Nações Unidas para a infância (Unicef)/MS¹⁷, composto por questões fechadas.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2019 no município de Jacareí,

no estado de São Paulo. A coleta de dados referentes às crianças foi efetuada por meio de entrevista individual realizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) treinados na semana que antecedeu o início da coleta de dados.

Contatos realizados por três vezes sem sucesso, crianças não residentes nos locais cadastrados, crianças que não pertenciam à faixa etária de interesse no dia da entrevista e recusas foram consideradas como perdas.

Quanto à caracterização do perfil das UBS, a coleta dos dados aconteceu por meio de entrevistas individuais realizadas por estagiários de nutrição previamente treinados, com todas as supervisoras responsáveis pelas atividades administrativas das UBS.

Análise dos dados

Os dados do inquérito foram digitados no programa *Microsoft Excel* e o banco de dados foi posteriormente transportado para o software *Stata* para análise estatística, por meio da descrição das frequências absolutas (n) e relativas (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para as análises, as crianças foram estratificadas em dois grupos principais: crianças menores de 6 meses e entre 6 e 12 meses. As práticas de amamentação e alimentação complementar foram analisadas segundo os indicadores propostos pelo MS¹⁷, e para as análises de associação entre a prevalência dos desfechos e as variáveis relacionadas à mãe, o recebimento de orientação alimentar e o acesso à creche, foi utilizado o teste de *qui-quadrado*, considerando o nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados e discussão

Foram entrevistados cuidadores de 540 crianças, sendo 253 menores de 6 meses (180 dias) e 287 entre 6 e 12 meses (180 dias e 365 dias). Obteve-se um número de crianças menor do que o calculado devido a recusas, endereços desatualizados e crianças que estavam em idade fora da faixa de interesse no dia da entrevista.

A Tabela 1 refere-se às características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 – Caracterização da amostra (n = 540), segundo variáveis maternas, das crianças e da atenção à saúde. Jacareí, São Paulo, 2019.

Variáveis	Total (n=540)		<6meses (n=253)		Entre 6 e 12 meses (n=287)	
	n	%	n	%	n	%
Idade materna						
<9 anos	26	4,8	18	7,1	8	2,8
>=19anos <35anos	415	76,9	189	74,7	226	78,7
>=35anos	99	18,3	46	18,2	53	18,5
Escolaridade materna (n=451*)						
Sem escolaridade	1	0,2	1	0,5	0	0,0
Ensino Fundamental incompleto	7	1,6	4	1,8	3	1,3
Ensino Fundamental completo	71	15,7	37	16,9	34	14,7
Ensino Médio completo	310	68,7	148	67,6	162	69,8
Ensino Superior incompleto	26	5,8	13	5,9	13	5,6
Ensino Superior completo	36	8,0	16	7,3	20	8,6
Situação conjugal (n=539)						
Tem companheiro	453	84,0	212	84,1	241	84,0
Não tem companheiro	86	16,0	40	15,9	46	16,0
Situação de trabalho materno (n=537)						
Trabalha fora do lar	133	24,8	44	17,5	89	31,1
Não trabalha fora do lar	364	67,8	169	67,3	195	68,2
Está em licença maternidade	40	7,4	38	15,1	2	0,4
Beneficiário de programas sociais						
Não	409	75,7	196	77,5	213	74,2
Programa Bolsa Família	119	22,0	53	20,9	66	23,0
Outros programas	12	2,2	4	1,6	8	2,8
Tipo de parto (n=539)						
Vaginal	254	47,1	133	52,8	121	42,2
Cesárea	285	52,9	119	47,2	166	57,8
Mãe tem outros filhos	315	58,3	145	57,3	170	59,2
Criança possui convênio	156	28,9	54	21,3	102	35,5
Criança frequenta creche	43	8,0	4	1,6	39	13,6
Criança faz uso de chupeta	297	55,0	139	54,9	158	55,1
Criança faz uso de mamadeira	320	59,3	123	48,6	197	68,6
Receberam orientações	230	42,6	110	43,5	120	41,8
Fonte das orientações (n=230)						
Unidade Básica de Saúde	94	40,9	36	32,7	58	48,3
Hospital	111	48,3	65	59,1	46	38,3
Outros	25	10,9	9	8,2	16	13,3

* Para distribuição da Escolaridade foram excluídos 89 entrevistados que não eram mães das crianças da amostra. Fonte: Elaboração própria, 2020.

Verificou-se que 76,9% das mães tinham entre 19 e 35 anos. Com relação à escolaridade e ao emprego, 74,5% haviam concluído o Ensino Médio, 67,8% não trabalhavam fora de casa e 22% eram beneficiárias do Programa Bolsa Família. Os dados relativos às crianças, também apresentados na Tabela 1, apontaram que 52,9% nasceram de parto cesárea, 71,1% não possuíam convênio médico e 92% não frequentavam a creche. Quanto à atenção à saúde, verificou-se que 42,6% dos cuidadores informaram ter recebido orientações sobre alimentação infantil pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores às entrevistas.

O aleitamento materno

A Tabela 2 apresenta dados sobre a distribuição

de crianças menores de 12 meses de acordo com o tipo de aleitamento, indicadores da AC e consumo de alimentos ultraprocessados. Verificou-se que a prevalência de AM em menores de 180 dias foi de 81,8% e de AME foi de 34,4%, indicando menor tendência à prática no município de Jacareí do que a tendência nacional de aumento, considerando os resultados do Estudo Nacional de Nutrição e Alimentação Infantil (ENANI-2019), que apontou prevalência AME de 45,8% em menores de 6 meses¹⁴. Com relação à prevalência da prática do AM em menores de 12 meses, o resultado de 67,6% apontou tendência aproximada aos resultados no âmbito nacional, verificados em 2013.¹²

Tabela 2 – Distribuição de crianças menores de 12 meses de acordo com o tipo de aleitamento materno, indicadores de alimentação complementar e consumo de alimentos ultraprocessados, Jacareí, São Paulo, 2019.

Tipo de Aleitamento	n	% (IC 95%)
Aleitamento materno exclusivo em <6 meses	87	34,4 (28,5 – 40,6)
Aleitamento materno (AM)		
<180 dias (n=253)	207	81,8 (76,5 – 86,4)
180 a 364 dias (n=287)	158	55,1 (49,1 – 60,9)
<365 dias (n=540)	365	67,6 (63,5 – 71,5)
Indicador por faixa etária	n	% (IC 95%)
Introdução alimentar adequada		
6 a 9 meses (n=125)	37	29,6 (21,8 – 38,4)
6 a 7 meses (n=33)	8	24,2 (11,1 – 42,3)
7 a 9 meses (n=91)	28	30,7 (21,3 – 40,9)
Diversidade alimentar adequada		
6 a 12 meses (n=286)	123	43,0 (37,1 – 48,8)
Frequência alimentar mínima e consistência adequada		
6 a 12 meses (n=287)	197	68,6 (62,9 – 74,0)
6 a 7 meses (n=33)	21	63,6 (45,1 – 79,6)
7 a 8 meses (n=254)	176	69,3 (63,2 – 74,9)

Consumo de feijão ou fígado e miúdos ou carne ou ovo		
6 a 12 meses (n=287)	198	70,2 (63,4 – 74,6)
Consumo de alimentos ultraprocessados (n=287)		
	n	%
Hambúrguer ou embutidos	33	11,5 (8,0 – 15,8)
Bebidas adoçadas ultraprocessadas	60	20,9 (16,4 – 26,1)
Bebidas <i>in natura</i> adoçadas	81	28,2 (23,1 – 33,8)
Bebidas adoçadas (AUP ou <i>in natura</i>)	122	42,5 (36,7 – 48,4)
Macarrão instantâneo ou salgadinho ou biscoito salgado	57	19,9 (15,4 – 24,9)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas	52	18,1 (13,8 – 23,1)
Consumiu pelo menos um dos alimentos ultraprocessados	164	57,1 (51,2 – 62,9)

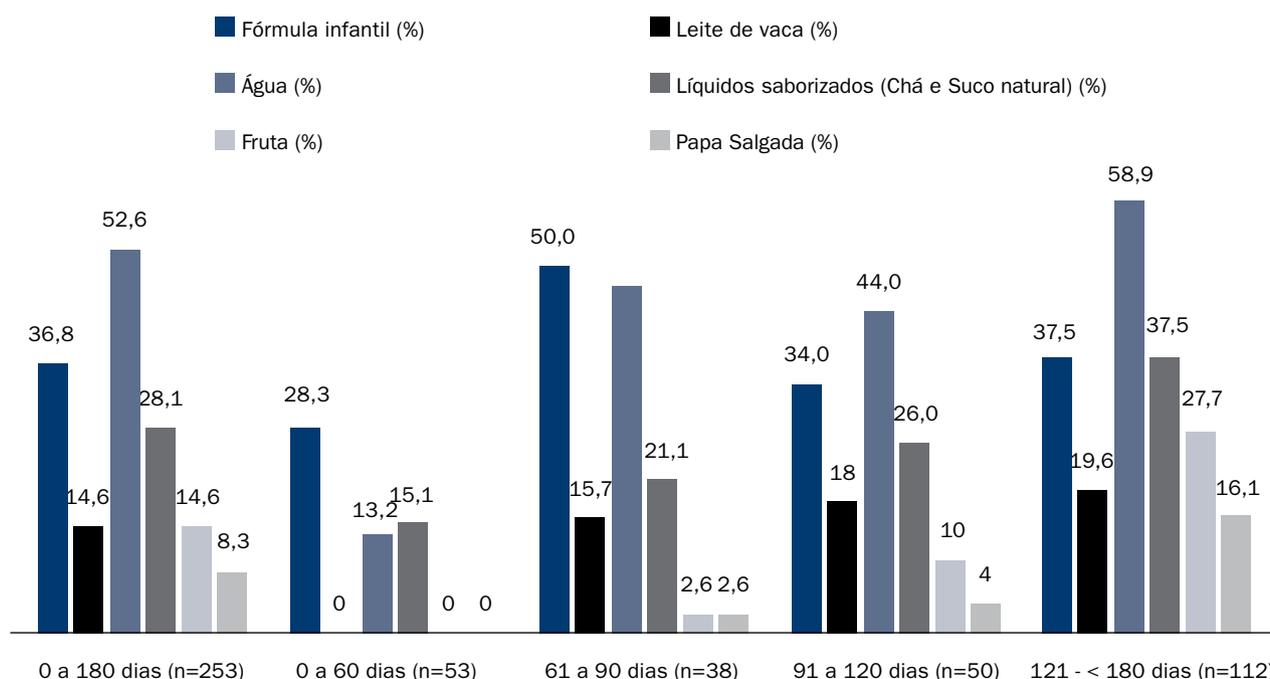
Fonte: Elaboração própria, 2020.

A alimentação infantil em crianças menores de 6 meses

O consumo de leite não materno, líquidos e outros alimentos em crianças menores de 6 meses é apresentado na Figura 1. Embora a introdução precoce de líquidos e alimentos antes dos 6 meses de vida seja

inadequada, a prevalência encontrada, de 65,6%, esteve alinhada ao resultado de 70% no âmbito nacional¹². Ao estratificar os alimentos ofertados, as prevalências do consumo de água (52,6%) e outros líquidos (28,1%) foram maiores do que os resultados obtidos em um município da Grande São Paulo.¹⁸

Figura 1 - Distribuição do consumo de líquidos e alimentos em lactentes menores de 6 meses por faixa etária. Jacareí, São Paulo, 2019.



A alimentação infantil em crianças entre 6 e 12 meses

A Tabela 2 apresenta os indicadores propostos pelo MS para verificação da alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses de idade. Devido às definições dos parâmetros propostos pela OMS¹⁶ diferirem dos propostos pelo MS (2015), a baixa comparabilidade com outros autores mostrou-se como um desafio frente à diversidade de resultados encontrados. Mesmo estudos nacionais recentes como o ENANI-2019 utilizaram metodologias mesclando indicadores propostos pela OMS (2021) e pelo MS.¹⁶

Identificou-se que a introdução alimentar, que considera o consumo de grupos alimentares específicos e idade oportuna, estava adequada em 29,6% das crianças entre 6 e 9 meses. A adequação foi menor quanto menor era a idade do lactente. Apesar do período avaliado ser um momento de transição que implica em um grande número de mudanças na rotina do lactente e da família, o resultado obtido no presente estudo mostrou-se diferente do estudo realizado com lactentes paulistas¹⁹, que utilizou o mesmo indicador e mesma faixa etária, identificando maior adequação, de aproximadamente 70%, na introdução alimentar das crianças avaliadas.

A diversidade alimentar mínima considera o consumo no dia anterior de pelo menos um alimento de cada grupo de seis grupos alimentares diferentes, sendo eles: 1. leite e substitutos; 2. frutas; 3. legumes ou verduras; 4. carnes ou ovos; 5. feijões; e 6. cereais ou tubérculos. Na Tabela 2, identificou-se este indicador adequado em 43% dos lactentes, que, mesmo aquém do resultado esperado, é maior do que a proporção de 37,1% identificada em lactentes de uma cidade da região metropolitana de São Paulo²⁰, que utilizou definição equivalente de diversidade alimentar. Mesmo em estudos que consideraram um menor espectro de grupos alimentares, como um realizado no Estado de São Paulo¹⁹, e na avaliação de dados nacionais (2015)²¹, em que ambos os estudos consideraram consumo mínimo de quatro grupos alimentares, a tendência à adequação destes estudos aproximadamente ou menor que um terço da população estudada, respectivamente 31,8 % e 20%.

O indicador “frequência alimentar mínima e consistência adequada”, recomendado pelo MS¹⁶, avalia de maneira combinada a papa salgada, em diferentes consistências e frequência oferecida, estratificada segundo a adequação por faixa etária. Segundo o MS²³, a investigação desse indicador é importante, pois pode identificar tanto o desenvolvimento mastigatório quanto a concentração de energia e nutrientes ofertada, seja pela consistência, seja pela frequência. O resultado encontrado, evidenciado na Tabela 2, foi de 68,6% de adequação em crianças entre 6 e 12 meses, e apresentou tendência semelhante aos demais municípios do Estado de São Paulo.¹⁹

Ainda na Tabela 2, 91,6% das crianças haviam consumido pelo menos um dos alimentos fontes de ferro investigados e 70,2% consumiram pelo menos um alimento amarelo-alaranjado ou folhosos verde-escuros no dia anterior à entrevista. Apesar da faixa etária investigada pelo estudo ENANI-2019¹⁴ ser entre 6 e 23 meses, foi identificada alta prevalência no consumo dos grupos alimentares fonte de ferro (90,9%) e menor prevalência do consumo de alimentos amarelo-alaranjados ou folhosos verde-escuros (40,9%) na Região Sudeste, o que pode indicar menor consumo de alimentos *in natura* como frutas e hortaliças, que compõem o grupo de alimentos investigados.¹⁴

Os dados sobre o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) em crianças entre 6 e 12 meses estão na Tabela 2. Verificou-se que 57,1% dos entrevistados consumiram precocemente pelo menos um dos AUP investigados no dia anterior à entrevista. Destaca-se o consumo de bebidas adoçadas, com prevalência de 42,5%. Desta forma, a alta proporção de consumo de AUP encontrada indicou que a necessidade de intervenções não se resume apenas às crianças, mas a toda a família, uma vez que o consumo alimentar infantil reflete o hábito familiar.²⁶

A Tabela 3 apresenta as associações significativas entre a alimentação infantil e variáveis relacionadas à situação de escolaridade materna, situação materna de trabalho e acesso à creche. A escolaridade materna, no presente estudo, foi utilizada como *proxy* de renda, e estudos realizados por Relvas et al.²⁰ e Coelho

et al.¹⁸ correlacionaram a melhor condição social ao maior acesso a alimentos in natura e minimamente processados, que possuem maior custo e menor durabilidade. Contudo, os AUP foram amplamente consumidos, independentemente da escolaridade materna. O resultado dialoga com o estudo de análise da tendência temporal do consumo alimentar em domicílios brasileiros entre os anos de 1987 e 2009, realizado por Martins et al.²⁵, que apontou para o maior consumo de AUP por todos os extratos de renda, embora tenha apresentado tendência a ser maior entre os domicílios de menor renda.

Ainda na Tabela 3, foram encontradas associações significativas entre a condição materna de trabalho fora do lar e o consumo de embutidos. Não foram

encontrados relatos sobre tal achado na literatura, embora mães que trabalham fora podem se basear na ideia de que seria necessário disponibilizar maior tempo diário para preparações culinárias, podendo assim, dar preferência às preparações prontas e ultraprocessadas como discutida no Guia Alimentar para a População Brasileira.²⁶

Também se identificou associação significativa entre frequentar creche e a maior adequação à frequência e consistência alimentar. Não foram encontrados na literatura dados sobre esse achado, embora Pedraza et al.²⁷, em uma revisão sistemática, tenham apontado a escassez e limitações de estudos voltados para a investigação do consumo alimentar de crianças em creches.

Tabela 3 – Proporção de consumo de alimentos investigados segundo variáveis: escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e acesso à creche de crianças e lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.

Variáveis	% Leite não materno	% Fórmula infantil	% Grupo hortaliças	% Fruta	% Bebidas ultraprocessadas adoçadas ^c	% Biscoitos e doces	% Embutidos	% Frequência e consistência adequadas
Escolaridade materna^a	<i>p</i> =0,256	<i>p</i> =0,017*	<i>p</i> =0,001*	<i>p</i> =0,003*	<i>p</i> =0,001*	<i>p</i> =0,003*	<i>p</i> =0,525	<i>p</i> =0,684
≤ Ensino fundamental	56,8	28,6	64,9	64,9	45,9	37,8	13,5	70,3
≥ Ensino médio	67,5	58,0	88,7	86,6	18,4	15,5	10,8	74,4
Situação materna de trabalho	<i>p</i> =0,244	<i>p</i> =0,043*	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =0,225	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =0,005*	<i>p</i> =0,525
Trabalhando fora	66,1	68,3	16,1	74,2	48,4	12,3	17,7	43,8
Não trabalhando fora ^b	74,1	49,1	16,6	75,0	57,9	13,7	4,8	49,7
Acesso à creche	<i>p</i> =0,013*	<i>p</i> =1,000	**	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =0,864	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =0,180	<i>p</i> =0,025*
Frequenta creche	86,8	57,6	7,7	74,2	59,0	17,9	17,9	84,6
Não frequenta creche	66,8	57,6	16,1	75,0	57,3	18,1	10,5	66,1

^a Foram excluídos da amostra entrevistados fora do público de interesse – mãe de lactentes da amostra.

^b Soma das mães que estavam desempregadas e das mães que estavam em licença-maternidade.

^c Para a variável "Bebidas ultraprocessadas adoçadas" foi considerado o consumo de refrigerante e/ou suco de caixinha e/ou suco em pó e/ou xarope de groselha e/ou água de coco de caixinha.

* Variável estatisticamente significativa.

** O número de casos não permitiu a realização dos testes de associação qui-quadrado.

Fonte: elaboração própria, 2020

O perfil das Unidades Básicas de Saúde no município de Jacareí

A partir do relato das supervisoras administrativas locais, a Tabela 4 evidencia os dados referentes à caracterização das UBS do município de Jacareí. Verificou-se que em 2019, 88,9% das 18 UBS atuavam no modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em relação às atividades prestadas para promoção, apoio e manutenção do AM e AC nas UBS, 77,8% realizavam grupos sobre cuidados na gestação e 61,1% orientavam para cuidados em puericultura. Segundo a revisão sistemática de Silva et al.²⁸ e os resultados descritos na revisão rápida realizada por Venancio et al.²⁹, ações combinadas no pré e pós-natal aumentaram as taxas de AM a médio e longo prazo, enquanto ações educativas apenas no pré-natal têm efeito na taxa de AM a curto prazo. Desta forma, tais resultados sugerem possibilidades de intervenção no modo de trabalho das equipes.

Todas as UBS investigadas realizavam visitas domiciliares (VD) pós-parto; entretanto, apenas 27,8% afirmaram que a visita domiciliar ocorre antes dos primeiros sete dias pós-parto. A VD pós-parto é uma estratégia importante para apoio do AME, pois propicia fortalecimento de vínculo entre equipe de saúde e família e é oportuna para a promoção do cuidado do lactente, segundo Baratieri & Natal.³⁰

O MS³¹ recomenda que para uma assistência efetiva à puérpera e ao bebê, deve-se buscar garantir a VD na primeira semana pós-parto. No geral, foi identificado que todas as UBS realizam VD pós-parto; no entanto, a prática mostrou-se frágil. Considerando a revisão rápida realizada por Venancio et al.²⁹, o modelo de VD pós-parto é efetiva quando ocorre entre um e três dias após o parto e é feita a manutenção das visitas no primeiro mês. Sendo assim, a investigação das causas da menor proporção de VD dentro dos sete primeiros dias pós-parto e posterior adequação se faz necessária.

Tabela 4 – Caracterização das Unidades Básicas de Saúde segundo o modelo de Atenção à Saúde, das atividades voltadas para promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada, ofertadas nas UBS no município de Jacareí, São Paulo, 2019.

Tipo de Aleitamento	n	% (IC 95%)
Modelo de Atenção à Saúde		
Modelo UBS tradicional	2	11,1
Estratégia Saúde da Família (ESF)	16	88,9
Atividades coletivas para educação em saúde		
Grupos sobre cuidados na gestação	14	77,8
Grupos sobre cuidados em puericultura	11	61,1
Prazo visita domiciliar pós-parto		
Menos de 7 dias	5	27,8
Entre 7 e 15 dias	12	66,7
Entre 15 e 30 dias	1	5,6
Tempo de realização da última capacitação sobre alimentação infantil		
Nunca foi realizada	6	33,3
Menos de 30 dias	3	16,7
>30 dias <12 meses	4	22,2
>12 meses	5	27,8
Tem protocolo de atendimento para mãe/bebê em amamentação	5	27,8
Tem protocolo de atendimento para mãe/bebê em alimentação complementar	3	16,7

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Sobre capacitações relacionadas ao AM e ao AC realizadas pelas equipes das UBS, constatou-se que 38,9% das supervisoras relataram que a equipe passou por treinamento sobre alimentação infantil nos últimos 12 meses. Entretanto, 33,3% das UBS informaram que a equipe nunca havia sido capacitada.

Embora não haja evidências robustas de que apenas capacitações sejam efetivas para promoção de mudanças nas práticas que envolvem o AM e AC²⁹, investir em capacitações é uma possibilidade de melhorar o desempenho de profissionais na APS³² e pode impactar positivamente na adequação da AC.²⁰ Nesse sentido, considerando a realidade local apresentada, referente à proporção de equipes que não receberam capacitações formais sobre alimentação infantil, a manutenção das equipes NASF-AP pode ser uma estratégia importante para o fortalecimento da rede de cuidados.

Quanto à disponibilidade de fluxos e protocolos para o acompanhamento e cuidados sobre alimentação, 27,8% afirmaram disponibilizar protocolos para atendimento sobre AM e 16,7% afirmaram ter protocolos sobre AC.

Conclusão

A pesquisa realizada permitiu que se pudesse caracterizar o perfil alimentar de crianças menores de 12 meses, compreendendo no âmbito municipal a prevalência do AME, a evolução da introdução alimentar quanto à temporalidade e escolha dos alimentos a serem ofertados ao longo dos meses e a influência de variáveis de interesse. Também foi possível caracterizar as práticas de trabalho das equipes da APS realizadas no pré-natal e pós-parto, no que tange ao apoio e promoção do AM e AC adequados e oportunos. Foi possível identificar que existem importantes desafios locais a serem enfrentados quanto ao início e prolongamento do AME, baixa proporção de adequação dos indicadores da alimentação complementar, capacitação dos profissionais e implementação de protocolos para pós-parto e puericultura.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília (DF); 2010.
2. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Castro ALS, Gouveia AGC, Santana AC, Pinto JCC, Escuder MML. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no estado de São Paulo, no período de 1998-2008. *Bepa* 2010;7(83):4-15
3. World Health Organization - WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2001.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília (DF); 2019.
5. Vitolo MR. Nutrição, da gestação ao envelhecimento. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rúbio; 2014.
6. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krusevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 30 mar 2019]; 25(1). Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>
7. Venâncio SI, Rios G. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad. saúde pública*. 2016;32(3): e00010315
8. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J. Pediatr*. 2004;80(5):411-416.
9. Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel ML, Vitolo MR. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. *J. Pediatr*. 2013;89(5):485-491
10. Mais LA, Domene SMA, Barbosa MB, Taddei JAAC. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. *Ciênc. saúde colet*. 2014;19(1):93-104
11. Boccolini FRM, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Pública* 2017; 51:108

12. Flores TR, Nunes BP, NevesRG, Wendt AT, Costa CS, Wehrmeister FC, Bertoldi AD. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: pesquisa nacional de saúde, 2013. *Cad. Saúde Pública* 2017;33(11):e00068816
13. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev. saúde pública.* 2013;47(6):1205-1208.
14. Universidade Federal do Rio de Janeiro - UERJ. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019 [internet]. 2021 [acesso em 16 dez 2022]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões [internet]. 2015 [acesso em 25 maio 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar a atenção básica [internet]. Brasília (DF); 2015 [acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf.
17. Organização Mundial da Saúde - OMS. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA [internet]. Geneva; 2007 [acesso em 01 jun 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1.
18. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRL, Gimeno SGAG. Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. *Ciênc. saúde colet.* 2015;20(3):727-738.
19. Passanha A, Benicio MHD, Venâncio SI. Caracterização do consumo alimentar de lactentes paulistas com idade entre seis e doze meses. *Ciênc. saúde colet* 2020;25(1):375-385.
20. Relvas GRB, Buccini G, Venâncio SI, Potvin L. Effectiveness of an educational manual to promote infant feeding practices in primary health care. *Food and Nutrition Bulletin.* 2019;40(4):544-561.
21. Bortolini GA, Vítolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. *Cad. saúde pública.* 2015;31(11):2413-2424.
22. Brasil. Decreto número 8.552, de 03 de novembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial da União.* [internet] 2006 [acesso em 26 set 2020]. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-8.552-de-2015.pdf>.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças menores de dois anos [internet]. Brasília (DF); 2019 [acesso em 05 jan 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf.
24. Jaime PC, Prado RR, Malta DC. Family influence on the consumption of sugary drinks by children under two years old. *Rev. saúde pública [internet].* 2017 [acesso em 18 jun 2020]; 51(1), 13s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000038>
25. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev. saúde pública.* 2013;47(4):656-665.
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília (DF); 2014.
27. Pedraza DF, Queiroz D, Gama JSFAG. Avaliação do consumo alimentar de crianças brasileiras assistidas em creches: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Matern. Infant.* 2015;15(1):17-31.
28. Silva EP, Lima RT, Osorio MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciênc. saúde colet.* 2016;21(9):2935-2948.
29. Venâncio SI, Bortoli MC, Melo DS, Relvas GRB, Araújo BC, Oliveira CF, Silva LAM, Melo RC, Moreira HOM, Rodrigues JM. Intervenções efetivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável no contexto da Atenção Primária à Saúde: revisão rápida [internet]. 2020 [acesso 10 em maio 2020]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1145891/intervencoes.pdf>.
30. Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde colet.* 2019;24(11): 4227-4238.
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. (Caderno de atenção básica; 33). Brasília (DF); [internet]. 2012 [acesso em 26 abr 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf
32. Vasques J, Dumith SC, Susin LRO. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2015;15(2):181-192.

Avaliação do processo de implementação de um serviço de telefarmácia: Contribuições do diálogo deliberativo.

Evaluation of the implementation process of a telepharmacy service: Contributions from the deliberative dialogue.

Priscilla Alves Rocha^I, Maritsa Carla de Bortoli^{II}, Tereza Setsuko Toma^{III}

Resumo

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública e a necessidade de uso de medicamentos por tempo prolongado impõe desafios para a adesão ao tratamento. O atendimento de um farmacêutico, em consultas presenciais ou remotas, pode ser determinante no alcance de bons resultados para a saúde dos usuários. A implementação de um programa para atenção a usuários com hepatite B crônica foi conduzida num hospital universitário. Para a avaliação desse processo, utilizou-se o Diálogo Deliberativo (DD), ferramenta que possibilita obter contribuições das partes interessadas no problema abordado. As participantes do DD foram as profissionais da saúde, entre farmacêuticas do atendimento e gestão, médicas (atendimento e gestão), gestora do serviço de telessaúde e uma convidada da área acadêmica. As contribuições foram analisadas de acordo com a análise temática de conteúdo e categorizadas entre barreiras, facilitadores e propostas de melhoria para plena implementação do serviço.

Palavras-chave: Diálogo Deliberativo; Hepatite viral humana; Prática farmacêutica baseada em evidências.

Abstract

Viral hepatitis are a serious public health problem and the need for long-term medication imposes challenges for adherence to treatment. The care of a pharmacist, in face-to-face or remote consultations, can be decisive in achieving good results for the users' health. The implementation of a program for patients with chronic hepatitis B was conducted in a teaching hospital. A Deliberative Dialogue (DD), a tool for stakeholders' participation on a priority problem, was held, and its results were used to assess the implementation process. Participants in the DD were health professionals, including pharmacists and physicians (both from care services and management), telehealth service manager and a researcher. Contributions were analyzed according to the thematic content analysis and categorized between barriers, facilitators and improvement proposals for full implementation of the service.

Keywords: Deliberative Dialogue; Hepatitis viral human; Evidence-based pharmacy practice.

Introdução

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública e o tratamento de suas complicações está relacionado com altos custos para o sistema de saúde¹. O tratamento se dá pelo uso crônico de um medicamento por períodos prolongados, o que pode

ser um desafio para a adesão plena e prevenção de tais complicações.^{2,3}

De acordo com a Organização Mundial de Saúde⁴, ao menos 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados ou utilizados inadequadamente em todo o mundo. A atuação dos farmacêuticos pode contribuir para a melhoria deste cenário, por meio da provisão de diversos serviços clínicos, como revisão de farmacoterapia, educação em saúde, monitorização de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, entre outros.⁵

A pandemia de covid-19 se interpôs como um desafio aos profissionais para garantir a continuidade

^I Priscilla Alves Rocha (prirocha.pos@gmail.com) é farmacêutica, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (PMPSC/IS/SES-SP).

^{II} Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, diretora do Centro de Tecnologias em Saúde para o SUS-SP e docente do PMPSC/IS/SES-SP.

^{III} Tereza Setsuko Toma (ttoma.ats@gmail.com) é médica, pesquisadora científica VI aposentada, docente do PMPSC/IS/SES-SP.

do cuidado dos usuários, em especial os portadores de doenças crônicas. Enquanto se organizavam as ações de enfrentamento a esse problema de saúde pública sem precedentes, diversos farmacêuticos passaram a prover os serviços clínicos remotamente, o que motivou a expansão das atividades de telefarmácia.⁶⁻⁹

A telefarmácia é definida no Brasil como “exercício da Farmácia Clínica mediado por Tecnologia da Informação e Comunicação”¹⁰. Diversos estudos apontam benefícios dessa prática em relação à adesão ao tratamento, alcance de resultados clínicos para melhor controle de problemas como hipertensão, diabetes e asma.

Uma revisão de escopo¹¹ verificou que poucos estudos avaliaram o uso da telefarmácia no acompanhamento de pessoas que vivem com infecções crônicas transmissíveis, como a hepatite B. Considerando esta lacuna de conhecimento, revela-se a necessidade de estudos que avaliem a implementação desses serviços de modo a explorar suas fragilidades e potencialidades.

A esse respeito, a pesquisa de implementação pode ser de grande valia, na medida em que se destina a avaliar como as evidências científicas e intervenções podem ser incorporadas nas práticas dos serviços ou de que forma podem ser aprimoradas a fim de que sejam alcançados os resultados desejados. Esse tipo de análise pode contribuir para que intervenções efetivas sejam implementadas em larga escala, quando necessário.¹²

Uma estratégia que pode apoiar a realização de pesquisas de implementação é o Diálogo Deliberativo (DD), utilizado com frequência em estudos sobre políticas de saúde informadas por evidências. Ao considerar o conhecimento tácito de representantes de todas as partes interessadas num problema prioritário de saúde, o DD contribui para melhorar a contextualização do problema, bem como na definição das opções para políticas e na análise das possíveis barreiras e questões de equidade ao implementar essas opções.^{2,13}

Nessa linha, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uso do DD como complemento na avaliação do processo de implementação de um programa de cuidado farmacêutico.

Metodologia

Uma pesquisa de implementação foi realizada de outubro de 2022 a abril de 2023, incluindo a avaliação do processo de implementação de um programa de Cuidado Farmacêutico, direcionado ao cuidado de pessoas que vivem com hepatite B, em um hospital terciário do Sistema Único de Saúde. O serviço foi oferecido aos usuários nas modalidades presencial e por telefarmácia, consistindo em três consultas com farmacêuticos, em que foram realizadas atividades de educação em saúde e revisão da farmacoterapia.¹⁴

Na modalidade por telefarmácia, os usuários acessaram o ambiente de consulta por meio de um aplicativo institucional que apresenta diversas funcionalidades, como permitir visualização de exames, agendamentos, atualização de cadastro e a realização de teleconsultas. A pesquisa contou com a participação de profissionais farmacêuticos executores (capacitados para realizarem os atendimentos aos usuários) e outros que compuseram a equipe de implementação, responsável por acompanhar o andamento do programa e contribuir para a avaliação e superação das barreiras encontradas.¹⁴

O processo de avaliação incluiu uma análise de desfechos de implementação que foi complementada com as contribuições dos participantes do DD, realizado em abril de 2023. Para que se alcançasse o objetivo do DD, foi considerada a composição do grupo com diferentes atores que tinham importância neste processo, dentre eles membros da equipe (farmacêuticos e residentes), usuários, médicos e gestores dos serviços de farmácia, hepatologia e telessaúde, bem como representantes da área acadêmica e da Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica. Além disso, o DD foi conduzido por uma profissional externa ao programa, com experiência nesse tipo de atividade e com neutralidade na questão abordada.¹⁵

O DD aqui relatado teve uma duração aproximada de 3 horas, foi realizado em ambiente virtual e registrado em vídeo para facilitar a análise dos dados. Nessa reunião, foram apresentados os resultados preliminares da pesquisa, com a finalidade de obter contribuições

dos participantes, a partir de suas próprias experiências sobre o modelo proposto, barreiras e facilitadores à implementação, bem como necessidades de adaptação ao modelo, visando à sua manutenção entre os serviços oferecidos pelo Ambulatório de Farmácia Clínica em Ambulatório de Hepatologia.

Os participantes receberam previamente um documento com os resultados preliminares da pesquisa. Para fomentar a discussão e direcionar o foco do diálogo, foram propostas três questões norteadoras:

1 - Em relação ao uso do aplicativo Portal do Paciente para a realização das teleconsultas, quais são as forças e principais barreiras que precisam ser superadas para que ele seja melhor utilizados pelos usuários e profissionais?

2 - Em relação ao Programa de Cuidado Farmacêutico na Hepatologia, o que pode ser aprimorado neste programa de forma a alcançar ainda mais usuários para contribuir para a melhor adesão destes ao tratamento da Hepatite B e prevenção de suas complicações?

3 - Para avaliar a manutenção do programa: Quais fatores podem ser potenciais para a manutenção do programa e quais fatores podem ser desafios à manutenção do programa na instituição?

A gravação do DD foi transcrita com o auxílio do programa Google Docs e as falas foram submetidas a uma análise temática de conteúdo¹⁶, buscando correlacionar as respostas das participantes às possíveis barreiras e facilitadores para a implementação e manutenção do programa implementado. Basicamente, o diálogo trouxe contribuições de profissionais de saúde quanto aos desfechos alcance, adoção, fidelidade, viabilidade e manutenção do programa, havendo participação tímida de apenas uma usuária da modalidade telefarmácia.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e do hospital no qual o projeto foi realizado (sob o CAAE 61093822.0.0000.5469 e número do parecer 5.577.392). A identidade de todas as participantes foi preservada no momento da redação do relatório final. As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

O DD contou com a participação de oito profissionais, entre médicas, gestoras e farmacêuticas da equipe de atendimento e da equipe de implementação, com tempo e nível de experiência profissional distintos. Suas contribuições foram agrupadas em barreiras, facilitadores e propostas de melhoria para a manutenção do programa proposto.

Barreiras para a escolha do cuidado farmacêutico via telefarmácia

Dentre as barreiras relatadas pelas participantes, foram citadas questões inerentes aos usuários, ao serviço e também barreiras contextuais.

Em relação aos usuários, foram levantados problemas relacionados ao ambiente domiciliar inadequado ao atendimento, à estrutura na rede de internet ou qualidade dos aparelhos de telefone, incerteza quanto ao consumo de dados dos usuários para suporte à teleconsulta, bem como barreiras relacionadas à comunicação, letramento em saúde e tecnológico, ou também a crença de que o atendimento presencial pode ser melhor, e a possibilidade de temor da perda de vínculo com os profissionais. Além disso, o grupo ponderou que as pessoas idosas tiveram preferência pelo atendimento presencial, o que pode ser indício de dificuldade deste grupo em interagir remotamente com os profissionais.

Muitas destas barreiras são descritas também na literatura, como baixo letramento digital da população, crença de que o atendimento remoto não possui a mesma qualidade do que o presencial, além das questões relacionadas à dificuldade de acesso à tecnologia.¹⁷

Quanto ao serviço, foram citadas a necessidade de maior divulgação do aplicativo “Portal do Paciente HC”, bem como a falta de capacitação dos usuários, cuidadores e profissionais em relação ao uso da ferramenta e todas as suas funcionalidades. Outras barreiras relatadas foram a necessidade de conciliar a agenda entre paciente/cuidador/profissional e, ainda, a necessidade de recursos humanos capacitados e engajados para a continuidade do programa, uma vez que é necessário manter o objetivo do programa independente de um determinado profissional.

Um estudo na Indonésia¹⁸ identificou, entre os principais fatores de sucesso para uso de um aplicativo de teleconsulta, o acesso facilitado à ferramenta, a comunicação de informação relevante, a interface amigável ao usuário, o fácil acesso à informação. Por outro lado, a revisão de Tukur e colaboradores¹⁹ aponta outros desafios que devem ser considerados, como desempenho, problemas de precisão, confiabilidade e disponibilidade do conjunto de dados, uso indevido do serviço do usuário. Estas são preocupações reais da telessaúde, mas que não apareceram nas falas do diálogo.

Entre outras possíveis barreiras à implementação do programa, foi levantado que o fato de um dos critérios de inclusão era ser usuário não aderente ao tratamento, isso pode ter influenciado a participação, cujo alcance foi limitado a 48% dos usuários elegíveis. Este dado chama a atenção para a necessidade de refletir sobre outras ações que possam alcançar esta população, dado o impacto da adesão ao tratamento no controle clínico da hepatite B.²⁰

Como barreira contextual, foi citado que tanto o aplicativo quanto a própria prática do Cuidado Farmacêutico, inclusive por telefarmácia, ainda são pouco conhecidos pela população, o que dificulta a plena adesão dos pacientes ao programa.

Por fim, foi reforçada a necessidade de apresentação de resultados tangíveis, por meio de indicadores definidos, para melhor compreensão dos gestores sobre a relevância do programa e as condições necessárias para sua manutenção em longo prazo. Um estudo para validação de indicadores de desempenho de serviços de farmácia clínica no Brasil sugere que a utilização destes indicadores pode contribuir para a melhoria dos serviços clínicos prestados e também para a possibilidade de comparação de resultados entre serviços.²¹

Facilitadores e possibilidades para superação das barreiras identificadas

As barreiras relacionadas aos usuários, como as questões de acesso à tecnologia ou desconhecimento das ferramentas oferecidas, indicam necessidades de

adaptação ou capacitação de usuários e seus cuidadores para o uso da tecnologia. Portanto, evidenciam a importância de levar em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde para a implementação efetiva de programas de saúde digital, de forma a garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde com participação social. O protagonismo dos usuários e o suporte para melhoria das ações de saúde são dois dos oito objetivos previstos na Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, 2020-2028²², mas ainda é muito desigual no país o acesso a dispositivos de tecnologia de informação e comunicação (como por exemplo, celulares). Uma pesquisa do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC)²³ revelou que o principal acesso dos brasileiros à rede ocorre por meio do celular e que, ainda assim, 36% dos usuários não têm acesso à rede. Esta proporção é maior entre pretos e pardos, pessoas das classes D/E e idosos. Isto reforça a necessidade da manutenção de estratégias alternativas à telefarmácia, mas também da formulação de políticas que ampliem este acesso e contribuam para reduzir estas desigualdades.

Diversas foram as vantagens relacionadas à teleconsulta mencionadas durante o DD, como redução de custos com deslocamento, otimização do tempo e possibilidade de maior adesão por usuários que tenham muitas atividades, uma vez que é possível realizar as consultas de onde se encontram, sendo possível conciliar com intervalos e horários de trabalho. Ainda, foram citadas como facilitadores a comodidade do atendimento e a possibilidade de aproximação com familiares e cuidadores. Estas vantagens foram também citadas em uma revisão de escopo da literatura sobre telefarmácia.¹¹

Algumas das estratégias definidas previamente para apoiar o processo de implementação do programa foram citadas como facilitadoras. A abordagem prévia à primeira teleconsulta realizada pelo setor de Telessaúde mediante testes de conexão contribuiu para o alcance dos usuários. Atividade similar foi relatada em um estudo brasileiro em hospital universitário com transplantados renais e identificada

como ponto positivo do processo²⁴. A realização de capacitação dos profissionais e a supervisão clínica dos atendimentos contribuíram para garantir a fidelidade do programa.

De fato, supervisão clínica e programas de educação continuada são associados à melhora da qualidade do cuidado em saúde e, indiretamente, a melhores resultados clínicos alcançados com os usuários. Uma revisão sistemática considerou que a soma dessas estratégias e inclusão de outras atividades, como um plano de aprendizado individualizado, a participação ativa do paciente e reuniões de *feedback* podem contribuir para melhorar os resultados de saúde.^{25,26}

A governança em saúde digital refere-se à estrutura de gestão que organiza as ações, sistemas de informação, legislação, capacitação de equipes, providencia recursos e acompanha resultados, sendo um dos pontos focais da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil até 2028²². Esses aspectos também foram considerados facilitadores pelos integrantes do DD, ressaltando o programa institucional de saúde digital e a parceria entre os serviços de farmácia e hepatologia. A busca de estratégias para aprimorar a adesão dos usuários ao tratamento já está em pauta no serviço há uma década e agora pode ser ampliada por meio da inclusão da telefarmácia.

Propostas de melhorias no programa implementado

Em relação às propostas de melhorias para superar as barreiras encontradas, foi sugerido pelo grupo a necessidade de maior divulgação do aplicativo, inclusive esclarecendo a possibilidade de suporte da equipe para favorecer o acesso. Um estudo na Indonésia identificou que entre os principais fatores de sucesso para uso de um aplicativo estão: acesso facilitado, informação relevante, interface amigável ao usuário, fácil acesso à informação, facilitação do acesso ao aplicativo pelos usuários.¹⁸

Para que estas estratégias de divulgação sejam efetivas é fundamental considerar a adequação da linguagem e, principalmente, direcionar esforços à capacitação dos usuários com maiores dificuldades com

o acesso à tecnologia, em especial os idosos. Estas sugestões vão ao encontro de achados da literatura, que sugerem uma relação significativa entre a idade e nível socioeconômico com o conhecimento e interesse por telefarmácia, ressaltando a importância da elaboração de estratégias educativas e de treinamento específicas para a população mais idosa e seus cuidadores, em linguagem acessível.¹⁸

Tais medidas foram sugeridas pelos participantes do diálogo deliberativo como uma estratégia para aumentar o alcance do aplicativo, a partir de iniciativas de divulgação do portal e de suas funcionalidades nos ambulatorios, uma vez que este é a “porta de entrada” para os teleatendimentos. A divulgação e esclarecimento sobre as potencialidades, tanto do aplicativo Portal do Paciente HC como do Cuidado Farmacêutico devem incluir também os profissionais administrativos e da equipe da saúde, em especial os médicos, para que possam incentivar os usuários a aderir ao programa no momento de encaminhá-los para o farmacêutico.

Outra sugestão que surgiu do DD foi a proposta de otimização do tempo de espera do usuário enquanto aguarda pela consulta médica, tanto para treinamento sobre a ferramenta como para atividades de educação em saúde e, inclusive, atendimentos em grupo, com a possibilidade de troca de experiência entre os próprios usuários.

A gestão adequada dos serviços de saúde é fundamental para sua manutenção. Nesta linha, as participantes do DD levantaram algumas sugestões, como organizar e otimizar a agenda, de forma a adequar sua capacidade de atendimento à demanda; elaborar o modelo lógico do serviço implementado, de modo que todos os profissionais entendam quais suas responsabilidades no processo, requisitos de qualidade, etapas e objetivos a serem alcançados; e definir os melhores indicadores clínicos e econômicos e acompanhá-los, de maneira a apresentar seus resultados a gestores de saúde, demonstrando a sustentabilidade do programa, o que pode possibilitar a ampliação do quadro de recursos humanos, especialmente.

De acordo com a literatura, um modelo lógico seria útil para definir e avaliar como o programa poderá

produzir os resultados desejados, além de informar as responsabilidades de outros setores.²⁷

Finalizando, foi ressaltada a importância de ampliar o atendimento para um número maior de usuários e conhecer suas experiências, pois a ampliação do acesso à experiência de uso pode contribuir para a melhoria dos serviços, de forma a identificar os grupos que podem obter maiores benefícios de cada modalidade de atendimento, presencial ou remota.

O diálogo deliberativo se mostrou uma potencial ferramenta para avaliação do serviço dentro deste estudo de implementação. Por ser focado em uma questão prioritária, ser informado por evidências, deliberativo, participativo e direcionado para a ação, é uma estratégia a ser considerada na avaliação de implementação em serviços.²⁸

Como principal limitação deste estudo, temos que o diálogo considerou principalmente a perspectiva dos profissionais da equipe, uma vez que a participação dos usuários foi discreta e não foi paritária.

Considerações finais

O serviço farmacêutico implementado sofreu ajustes para sua melhor realização e o diálogo deliberativo permitiu que emergissem novas propostas de ações para ampliar o alcance dos usuários e a adoção pelos profissionais.

É importante ressaltar que não surgiram das falas do diálogo deliberativo questões sobre a segurança e as inerentes à privacidade dos pacientes, que precisam ser consideradas quando se opta pela telessaúde.

As avaliações participativas podem contribuir para a viabilidade e manutenção de programas, de modo que a utilização do diálogo deliberativo em estudos de implementação em serviços é uma escolha que deve ser considerada.

Conflito de interesses

As autoras declaram não ter qualquer conflito de interesses relacionado com a realização deste trabalho.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico. Hepatites Virais [internet]. 2021 [acesso em 11 abr 2022]. Brasília (DF). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-de-hepatite-2021.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções [internet]. 2017 [acesso em 11 abr 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2016/hepatites-virais/pcdt_hepatite_b_270917.pdf/view
3. Shin JW et al. Medication Nonadherence Increases Hepatocellular Carcinoma, Cirrhotic Complications, and Mortality in Chronic Hepatitis B Patients Treated With Entecavir. *American Journal of Gastroenterology*. 2018;113.7: 998–1008.
4. World Health Organization – WHO. Promoting rational use of medicines: core components [internet]. 2002 [acesso em 12 abr 2022]. (WHO Policy Perspectives on Medicines;5). Disponível em: <http://www.msh.org/>.
5. Conselho Federal de Farmácia - CFF. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. 2016;1:200.
6. Li H, Zheng S, Liu F, Liu W, Zhao R. Fighting against COVID-19: Innovative strategies for clinical pharmacists. *Res Social Adm Pharm* [internet]. 2021 ;17(1):1813-1818. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.04.003.
7. Segal EM et al. Establishing clinical pharmacist telehealth services during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2020;77(17):1403–8.
8. Mcnamara A, Zhao M, Lee SY. Evaluating the primary care clinical pharmacist visit transition to telehealth during the COVID-19 pandemic by comparing medication related problems from telehealth visits and in-person visits. *JACCP Journal of the American College of Clinical Pharmacy*. 2021;4(8):914–923.
9. Gossenheimer AN, Rigo AP, Schneiders RE. Organização do serviço de telecuidado farmacêutico como estratégia de combate à COVID-19 no Rio Grande do Sul. *Read. Revista Eletrônica de Administração*. Porto Alegre. 2020;26(3):524–535.
10. Conselho Federal de Farmácia - CFF. Resolução CFF nº 727/2022. Dispõe sobre a regulamentação da Telefarmácia [internet]. 2022 [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-727-de-30-de-junho-de-2022-416502055>

11. Rocha PA, Toma TS. Uso de telefarmácia para atenção a pessoas com doenças crônicas transmissíveis: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development* [internet]. 2023;12(3). Doi: dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40719. 2023
12. Peters D H, Adam T, Alonge O, Agyepong I A, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* [internet]. 2013;347:f6753. Doi:10.1136/bmj.f6753
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas [internet]. 2020 [acesso em 11 abr 2022];70. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf
14. Rocha PA. Avaliação do processo de implementação de serviço de telefarmácia para o atendimento de pessoas que vivem com hepatite B crônica, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos; 2023.
15. Toma TS, Tesser TR, Setti C, Bortoli MD. Síntese de Evidências para políticas de Saúde. In: Toma TE, Tesse TR, Setti C, Bortoli MC, organizadoras. Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. São Paulo: Instituto de Saúde. São Paulo. 2017. p.183-208. (Temas em saúde coletiva;22)
16. Minayo MC. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2009.
17. Viegas R, Dineen-Griffin S, Söderlund LA, Acosta-Gómez J, Guiu JM. Telepharmacy and pharmaceutical care: A narrative review by International Pharmaceutical Federation. *Farm Hosp*. 2022;46(1):S86-91
18. Tjiptoatmadja NN, Alfian SD. Knowledge, Perception, and Willingness to Use Telepharmacy Among the General Population in Indonesia. *Front Public Health* [internet]. 2022;10:825554. Doi:10.3389/fpubh.2022.825554
19. Tukur M, Saad G, AlShagathrh FM, Househ M, Agus, M. Telehealth interventions during COVID-19 pandemic: a scoping review of applications, challenges, privacy and security issues. *BMJ Health Care Inform* 2023;30:e100676. Doi:10.1136/bmjhci-2022-100676
20. Abreu RM et al. Assessment of Adherence to Prescribed Therapy in Patients with Chronic Hepatitis B. *Infectious Diseases and Therapy*. 2016;5(1):53-64.
21. Lima TM, Aguiar PM, Storpirtis S. Development and validation of key performance indicators for medication management services provided for outpatients. *Res Social Adm Pharm* [internet]. 2019;15(9):1080-1087. Doi: 10.1016/j.sapharm.2018.09.010.
22. Ministério da Saúde (BR). Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [internet]. [acesso em 16 jun 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. 2020.
23. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação - CETIC. 92 milhões de brasileiros acessam a Internet apenas pelo telefone celular, aponta TIC Domicílios 2022 [internet]. 2022 [acesso em 19 jun 2023]. Disponível em <https://cetic.br/pt/noticia/92-milhoes-de-brasileiros-acessam-a-internet- apenas-pelo-telefone-celular- aponta-tic-domicilios-2022/>
24. Soares LSS, Umaña-Rivas M, Arimatea GGQ, Galato D. A teleconsulta como oportunidade de acompanhamento de pacientes transplantados renais: uma reflexão a partir dos atendimentos. *Temas em Saúde* [internet]. 2021;1(4), 133-152. DOI: 10.29327/213319.21.4-8. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2021/08/21408.pdf>
25. Snowdon DA, Sargent M, Williams CM, Maloney S, Caspers K, Taylor NF. Effective clinical supervision of allied health professionals: a mixed methods study. *BMC Health Serv Ver* [internet]. 2020;20:2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4873-8>
26. Windfeld-Lund C, Sturt R, Pham C, Lannin NA, Graco M. Systematic Review of the Effectiveness of Allied Health Clinical Education Programs. *J Contin Educ Health Prof* [internet]. 2023;1;43(2):109-116. Doi: 10.1097/CEH.0000000000000477.
27. Cano Pereira N, Luiza VL, Mendes LVP, Costa KS. Modelo lógico e matriz de julgamento para apreciação dos serviços farmacêuticos na atenção primária em saúde brasileira. *J Manag Prim Health Care* [internet]. 2021;13:e013. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1163>
28. Mitchell P, Reinap M, Moat K, Kuchemüller T. An ethical analysis of policy dialogues. *Health Res Policy Sys* [internet]. 2023; 21:13. Doi: doi.org/10.1186/s12961-023-00962-2

Omeprazol: um inquérito sobre indicações e estratégias para promoção do uso racional na Atenção Primária à Saúde

Omeprazole: a survey on indications and strategies for promoting rational use in Primary Health Care

Renata Rodriguez Imparato¹, Tereza Setsuko Toma^{II}

Resumo

Objetivo: Pesquisa desenvolvida para identificar as indicações do omeprazol e estratégias para promoção do seu uso racional na Atenção Primária de uma região do município de São Paulo. **Método:** Trata-se de estudo transversal por meio de inquérito realizado com médicos e farmacêuticos. **Resultados:** Os 157 médicos participantes referiram prescrever omeprazol para doença de refluxo gastroesofágico (73,3%), úlcera gástrica decorrente de infecção por *Helicobacter pylori* (65,1%), síndrome dispéptica (62,3%), esofagite erosiva (46,6%), úlcera gástrica e duodenal (43,2%), úlcera gástrica secundária a anti-inflamatórios não esteroides (20,5%), condições específicas (16,4%) e outras indicações (15,8%). Os 45 farmacêuticos participantes referiram realizar orientação farmacêutica (100%), consulta farmacêutica (97,8%), reunião de equipe (73,3%), grupos educativos (68,9%), atendimento domiciliar (66,7%), educação permanente (53,3%) e abordagem voltada ao omeprazol (48,9%). **Conclusão:** A maioria dos médicos referiu prescrever omeprazol para as indicações fundamentadas por evidências científicas. A maioria dos farmacêuticos referiu desenvolver serviços clínicos para o uso racional de medicamentos e, parte deles, também para ações voltadas ao omeprazol. Um baixo percentual de farmacêuticos referiu realizar atividades educativas.

Palavras-chave: Inibidores da bomba de prótons; omeprazol; Cuidado farmacêutico.

Introdução

Os inibidores da bomba de prótons (IBP) são medicamentos seguros, bem tolerados, considerados os mais eficazes no tratamento de doenças relacionadas

¹ Renata Rodriguez Imparato (rimparato@prefeitura.sp.gov.br) é Farmacêutica. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde. Analista de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

^{II} Tereza Setsuko Toma (ttoma.ats@gmail.com) é Médica. Doutora em Saúde Pública. Orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde, São Paulo.

Abstract

Objective: Research developed to identify indications for omeprazole and strategies to promote its rational use in Primary Care in a region of the city of São Paulo. **Method:** This is a cross-sectional study through a survey conducted with physicians and pharmacists. **Results:** The 157 participating physicians reported prescribing omeprazole for gastroesophageal reflux disease (73.3%), gastric ulcer due to *Helicobacter pylori* infection (65.1%), dyspeptic syndrome (62.3%), erosive esophagitis (46.6%), gastric and duodenal ulcer (43.2%), gastric ulcer secondary to non-steroidal anti-inflammatory drugs (20.5%), specific conditions (16.4%) and other indications (15.8%). The 45 participating pharmacists reported pharmaceutical orientation (100%), pharmaceutical consultation (97.8%), team meeting (73.3%), educational groups (68.9%), home care (66.7%), permanent education (53.3%) and approach focused on omeprazole (48.9%). **Conclusion:** Most doctors reported prescribing omeprazole for indications supported by scientific evidence. Most pharmacists mentioned developing clinical services for the rational use of medicines and, some of them, also for actions aimed at omeprazole. A low percentage of pharmacists reported carrying out educational activities.

Keywords: Proton pump inhibitors; omeprazole; Pharmaceutical care.

à secreção ácida gástrica, porém mundialmente prescritos em excesso¹. Quando indicados sem base em evidências científicas podem contribuir com a polifarmácia e causar interações medicamentosas e, em longo prazo, acarretar reações adversas graves, atendimentos de emergência, internações e consideráveis implicações econômicas.²

O omeprazol, o primeiro representante da classe dos inibidores da bomba de prótons, esteve entre os quatro medicamentos mais dispensados

nas farmácias públicas do município de São Paulo nos últimos 5 anos. Em média, foram dispensados 148 milhões de DDD (dose definida diária), ou seja, cerca de 3,1% da população usou um DDD de equivalência de 20 mg.

A adesão a guias de prática clínica baseadas em evidências é uma abordagem racional para a terapia eficaz e segura com IBP¹. A esse respeito, Farrel et al.² mencionam a importância do uso de guias para orientar os médicos sobre o processo de desprescrição dos IBP e avaliação da necessidade individual dos pacientes quanto à continuidade da terapia medicamentosa. Além disso, consideram a atuação do farmacêutico para o uso racional dos IBP, bem como no processo de desprescrição.

No Brasil, as discussões sobre o papel do farmacêutico iniciaram-se na segunda metade dos anos 1990³. Desde então, publicações de documentos sobre serviços farmacêuticos potencializaram a atuação desse profissional na Atenção Primária à Saúde, para além da gestão logística dos medicamentos, considerando a abordagem do cuidado⁴. Nessa perspectiva, os farmacêuticos desenvolvem atividades clínico-assistenciais voltadas aos pacientes e atividades educativas para a equipe de saúde e a população, para promover o uso racional de medicamentos, melhorar a gestão clínica e a qualidade de vida dos indivíduos.³

Esta pesquisa analisou para quais indicações os médicos têm prescrito omeprazol e quais são as ações realizadas por farmacêuticos para a promoção do uso racional na Atenção Primária à Saúde.

Materiais e Métodos

Entre 19 de novembro de 2019 e 28 de fevereiro de 2020, foi realizado um estudo transversal em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sudeste do Município de São Paulo, em 62 unidades elegíveis. O critério de elegibilidade foi dispor de um farmacêutico em seu quadro de servidores. Desse modo, além de 62 farmacêuticos, 267 médicos de clínica geral,

médicos generalistas e de saúde da família foram convidados a participar.

Aos médicos foi entregue um questionário autoaplicável, com perguntas estruturadas no qual podiam assinalar para quais indicações terapêuticas o omeprazol havia sido prescrito, bem como as alternativas “outras indicações” e “não prescrevi omeprazol nos últimos 7 dias”. Essa etapa contou com o apoio dos farmacêuticos das UBS, que entregaram os questionários aos médicos e os recolheram após o preenchimento.

Aos farmacêuticos foi disponibilizado um questionário autoaplicável, em ambiente virtual, com perguntas semiestruturadas, para identificar sua percepção sobre a prescrição do omeprazol e as estratégias utilizadas para a promoção do uso racional. No questionário, foi apresentado um breve conceito sobre o Uso Racional de Medicamentos e elencadas cinco questões que versaram sobre a promoção do uso racional, serviços farmacêuticos clínico-assistenciais e atividades técnico-pedagógicas. Três questões relacionadas especificamente ao omeprazol investigaram a percepção quanto à prescrição, à posologia, ao período de uso e à abordagem específica das ações para a promoção do uso racional. Essas abordagens específicas, mencionadas em questão aberta, foram categorizadas de acordo com serviços farmacêuticos clínicos propostos no questionário, por meio de planilha Microsoft Excel.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Aos participantes, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

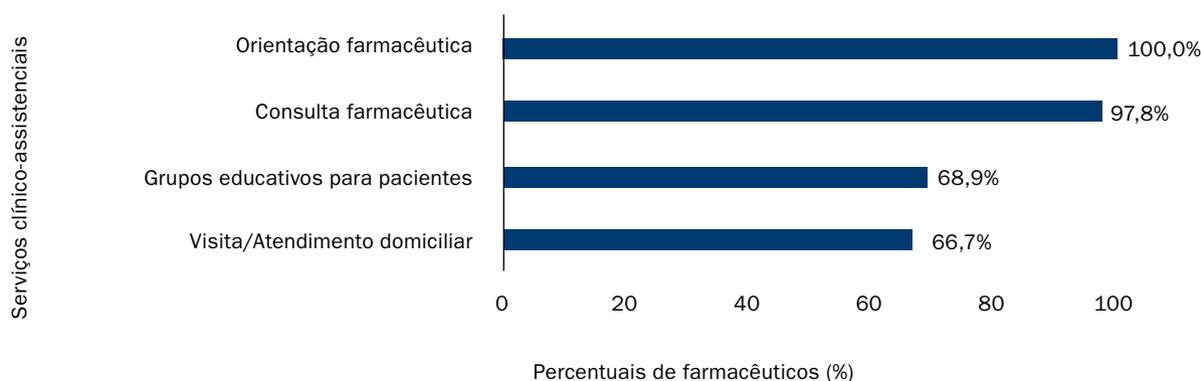
Resultados

Entre os 267 médicos, obteve-se resposta de 157 (58,8%). Entre os médicos respondentes, 146 (93%) referiram ter prescrito omeprazol nos sete dias anteriores à pesquisa. As indicações e percentuais de médicos que referiram prescrever o omeprazol estão dispostos no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Indicações de omeprazol por médicos das unidades de saúde da CRS Sudeste. São Paulo, 2020.

Com relação aos farmacêuticos, a proporção de respostas foi de 72,6% (45 de 62). Os farmacêuticos respondentes referiram atuar na promoção

do uso racional de medicamentos por meio de serviços clínico-assistenciais voltados aos pacientes (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Serviços clínicos-assistenciais realizados por farmacêuticos da CRS Sudeste. São Paulo, 2020.

A realização de atividades técnico-pedagógicas dirigidas aos outros profissionais de saúde foi referida por 78% dos farmacêuticos. A maioria dos farmacêuticos (97,8%) afirmou ter realizado dois ou mais serviços para promoção do uso racional de medicamentos, com uma média de cinco por farmacêutico.

Na percepção de 95,6% dos farmacêuticos, o omeprazol não tem sido prescrito de forma racional

e 57,8% apontaram que o paciente não se mostra orientado com relação à posologia e período de tratamento. Apesar desses dados, somente 22 deles (48,9%) referiram ter realizado abordagem específica para a promoção do uso racional do omeprazol. Entre esses 22 farmacêuticos, 68,2% afirmaram realizar abordagens com pacientes, por meio de orientações individuais ou em grupo, sobre indicações, posologia,

período de tratamento, interações medicamentosas e reações adversas; 13,6% mencionaram abordagens com prescritores, diretamente ou em reuniões técnicas, sobre temas relacionados ao uso racional, riscos do uso em longo prazo e disponibilidade do fitoterápico espinheira santa na Relação Municipal de Medicamentos como alternativa terapêutica ao omeprazol; e 18,2% disseram realizar as abordagens com pacientes e médicos. Além disso, um farmacêutico mencionou orientar grupos de idosos sobre o tema da automedicação e uso inadequado do omeprazol como protetor gástrico.

Discussão

Pacientes com queixas de distúrbios gastrointestinais crônicos são comuns na rotina dos serviços de saúde e o médico da atenção primária é o principal ator na detecção e gerenciamento dessas doenças, considerando as abordagens relacionadas aos hábitos de vida e os aspectos psicossociais.⁵

Neste estudo, as principais prescrições do omeprazol referidas pelos médicos foram para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), de úlcera gástrica decorrente de infecção por *Helicobacter pylori*, síndrome dispéptica, esofagite erosiva, úlcera gástrica e duodenal, e úlcera gástrica secundária a anti-inflamatórios não esteroides. Entre essas condutas, vale ressaltar que, embora uma parcela da população se beneficie do uso de IBP para tratar a síndrome dispéptica, sua indicação ainda é controversa.⁶

Duas revisões sistemáticas concluem que os IBP são: 1) a primeira escolha, a base do tratamento médico dos sintomas esofágicos da doença do refluxo gastroesofágico e no esôfago de Barret, uma complicação pré-maligna associada aos sintomas graves e prolongados de DRGE, esofagite erosiva e não erosiva; 2) componentes essenciais nos esquemas de erradicação do *H. pylori* associados à antibioticoterapia e cicatrização de úlcera péptica; 3) os mais eficazes na inibição ácida gástrica nas úlceras associadas ao uso de anti-inflamatórios não esteroides não seletivos e no uso de inibidores seletivos da ciclooxygenase, especialmente em pacientes com risco de complicações

gastrointestinais superiores; 4) podem ser apropriados quando usados em curto prazo na dispepsia funcional.^{1,7}

A alternativa “outras indicações” foi a menos assinalada pelos médicos e não foram especificadas as indicações. Alguns estudos informam que os inibidores da bomba de prótons têm sido prescritos para condições nas quais seus benefícios são incertos (doença do refluxo gastroesofágico refratária e sintomas extraesofágicos). Além disso, costumam ser prescritos quando sua indicação é inapropriada, tais como proteção gástrica em pacientes sem fatores de risco, terapia isolada com corticosteroides, tratamento anticoagulante e antiagregante plaquetário em pacientes sem risco de lesão gástrica, tratamento excessivo da dispepsia funcional, profilaxia de úlcera por estresse em unidades de terapia não intensiva⁷, profilaxia da gastropatia hipertensiva em pacientes cirróticos, e pancreatite aguda.¹

Mundialmente, os inibidores da bomba de prótons são prescritos em excesso tanto na atenção primária quanto na especializada, o que, em geral, é consequência da falta de reavaliação regular acerca da necessidade do uso contínuo e readequação da farmacoterapia, fato que persiste na transição de cuidados entre esses níveis de atenção, traduzido na repetição de prescrições.⁸⁻¹¹

O estudo de Reimer e Bytzer¹² alerta que a suspensão abrupta da terapia com IBP após oito semanas, em indivíduos saudáveis assintomáticos, induz a sintomas relacionados à acidez gástrica como azia, regurgitação ácida ou dispepsia, sugerindo, então, a ocorrência da hipersecreção ácida de rebote. Esse fato justificaria o uso contínuo dos inibidores da bomba de prótons, podendo resultar na retomada da terapia antissecretora motivada pela recuperação do ácido e não por sintomas relacionados às doenças gástricas.

Esses motivos podem explicar, em parte, a percepção dos farmacêuticos que participaram desta pesquisa sobre o uso irracional do omeprazol e sobre a falta de orientação do paciente quanto ao período de tratamento.

Gikas e Triantafillidis⁵ ressaltam que além do conhecimento dos médicos sobre guias de prática

clínica, são necessárias atividades educativas adicionais para a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes e citam, para esse fim, os eventos acadêmicos e as discussões em grupos menores como as iniciativas mais comuns.

Além das atividades logísticas relacionadas à gestão dos medicamentos, a atuação do farmacêutico na prática clínica é relevante no cuidado ao usuário da Atenção Primária¹³. Quase todos os farmacêuticos que participaram desta pesquisa têm desenvolvido dois ou mais serviços farmacêuticos clínicos para promover o uso racional de medicamentos, incluindo abordagens combinadas para a promoção do uso racional do omeprazol. Esses serviços não são excludentes, coexistem e podem ser combinados entre si ou a outros serviços, elaborados a depender do perfil epidemiológico e da necessidade de saúde dos pacientes do território¹³. Melo e Castro¹⁴ concluíram que os serviços farmacêuticos clínicos referentes à educação em saúde, os atendimentos farmacêuticos e o seguimento farmacoterapêutico melhoram a qualidade da prescrição e reduzem o número de medicamentos prescritos.

A educação permanente em saúde foi instituída como estratégia do SUS para nortear ações interdisciplinares voltadas para o saber transformador, a fim de transpor modelos tradicionais de capacitação nos quais as atividades desenvolvidas são alheias às necessidades dos serviços^{15,16}. Em nosso estudo, essa atividade foi a menos referida pelos farmacêuticos e, especificamente, não foi mencionada com relação às estratégias empregadas para a promoção do uso racional do omeprazol. A educação permanente e o matriciamento realizados pelo farmacêutico com a equipe de saúde contribuem para o conhecimento dos demais profissionais acerca do uso racional de medicamentos e na melhoria da gestão clínica.³

Em contrapartida, mais de 70% dos farmacêuticos referiram ter participado de reuniões de equipe, estratégia também presente na promoção do uso racional do omeprazol. Esse fato é indicativo do reconhecimento do papel do farmacêutico pelos demais profissionais que compõem a equipe de saúde, no cuidado aos pacientes¹⁷. Nessa lógica, encontros de equipe, além

daqueles voltados à educação permanente, são recursos importantes, uma vez que diferentes saberes contribuem para a contínua discussão do cuidado de forma longitudinal.¹⁸

O farmacêutico também contribui na integralidade do cuidado quando realiza intervenções coletivas com pacientes, família e comunidade sobre autocuidado, educação em saúde, promoção de saúde e uso racional de medicamentos para além da disseminação do conhecimento, pois estas envolvem mudança de conduta no que se refere ao uso de medicamentos e fortalecem a compreensão quanto à condição de saúde e autopercepção¹³. A realização de grupos educativos para pacientes constou como uma das três atividades menos citadas pelos farmacêuticos entrevistados. A baixa participação dos farmacêuticos em atividades educativas de promoção da saúde indica a manutenção de atividades farmacêuticas ainda focalizadas na gestão logística dos medicamentos.¹⁷

A participação dos farmacêuticos em comissões, fóruns e outros espaços de diálogos e produção de conhecimento é indutora da reflexão crítica sobre a reorientação de suas práticas no resgate do seu valor social e novo perfil profissional e revela, em outros momentos, a possibilidade desse profissional contribuir com seus conhecimentos e experiências sobre os aspectos qualificadores, seguros e efetivos dos medicamentos.^{3,19}

Nesse contexto, além do desenvolvimento de protocolo com critérios de dispensação dos inibidores da bomba de prótons, a disseminação do tema da desprescrição aos profissionais de saúde e pacientes, principalmente, quanto aos aspectos técnicos e humanísticos envolvidos nesse processo pode contribuir para racionalizar o uso dessa e de outras classes de medicamentos²⁰⁻²². A atuação do farmacêutico na promoção de atividades educativas e no seguimento farmacoterapêutico pode tornar a desprescrição um processo bem sucedido e efetivo.^{2,22}

Esta pesquisa mostra que é baixo o percentual de farmacêuticos que têm realizado orientações coletivas aos idosos sobre o uso racional do omeprazol. É necessário que essas abordagens sejam incentivadas,

principalmente nessa população, considerando a transição demográfica e epidemiológica presente no Brasil com prevalência de doenças crônicas, as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas ocasionadas pelo avanço da idade, e a polifarmácia²³. Em idosos, os inibidores da bomba de prótons podem ser prescritos, inadequadamente, como protetores gástricos em pacientes polimedicados e sem quaisquer fatores de risco.

A orientação farmacêutica individual tem sido amplamente desenvolvida pelos farmacêuticos que participaram desta pesquisa. A dispensação e a orientação farmacêutica são as atividades clínicas comumente desenvolvidas na atenção primária do Brasil^{13,17}. Araújo et al.²⁴ apontaram a orientação terapêutica individual ou coletiva como o serviço mais oferecido (44,5%), seguido da dispensação (33,5%). No estudo de Leite et al.²⁵, 87,4% dos profissionais responsáveis pela dispensação sempre informam ao paciente a forma de uso dos medicamentos. A partir da dispensação que, em geral, é o primeiro elo do farmacêutico com o usuário, é possível identificar casos em que podem ser necessários o acompanhamento farmacoterapêutico ou encaminhamentos para outros serviços farmacêuticos clínicos.¹³

Assim como a orientação, a consulta farmacêutica tem sido amplamente realizada. Farmacêuticos clínicos são corresponsáveis pela gestão da farmacoterapia em atendimento centrado e direto com o paciente, em local reservado, por meio de consulta individual ou compartilhada com a equipe de saúde.²⁶

A respeito das visitas domiciliares realizadas pelos farmacêuticos, Foppa et al.²⁷ concluem que são oportunidades para identificar problemas que interfiram no plano terapêutico e para aprimorar a qualidade da assistência aos pacientes a partir do conhecimento dos valores e crenças do ambiente familiar.

A abordagem direta com o prescritor tem sido exercida pelos farmacêuticos como estratégia na promoção do uso racional do omeprazol. Esse tipo de intervenção face a face com os médicos foi mencionada por Melo e Castro¹⁴, concluindo que tiveram melhor aceitação comparadas àquelas realizadas por meio de

anotações em prontuário e/ou bilhete, além do aumento da aceitação das recomendações pelos prescritores, em ambas as abordagens, no período de um ano.

Esta pesquisa tem limitações. Foi realizada em uma das seis regiões de saúde do Município de São Paulo que, embora sejam orientadas sistemicamente, têm características diferentes. Não foram contemplados todos os serviços da rede de atenção, apenas as unidades básicas, consideradas porta de entrada da Atenção Primária à Saúde.

Apesar do apoio dos farmacêuticos das UBS na entrega e recolhimento dos questionários dirigidos aos médicos, a adesão à pesquisa por parte destes foi de 58,8%. Ainda com relação aos médicos, embora tenham referido prescrever omeprazol para as indicações aceitáveis, nos achados não há margem para avaliar a qualidade das prescrições no que se refere à assertividade e à reavaliação do tratamento em tempo oportuno, considerando a suspensão do uso dos medicamentos, retirada gradual ou uso sob demanda.

Conclusão

Concluindo, em nossa pesquisa, a maioria dos médicos referiu prescrever omeprazol para as indicações fundamentadas por evidências científicas. Os farmacêuticos, ainda que de forma heterogênea, inseriram em sua prática profissional os serviços voltados ao paciente e à equipe de saúde para a promoção do uso racional de medicamentos e, parte deles, às ações voltadas ao uso racional do omeprazol. Um baixo percentual de farmacêuticos referiu realizar ações voltadas à equipe de saúde.

A elaboração de guias de prática clínica baseadas em evidências sobre o uso apropriado dos inibidores da bomba de prótons, embora seja útil como ferramenta orientadora, pode não ser a mais adequada para reavaliar a farmacoterapia do paciente e racionalizar o uso dessa classe de medicamentos.

De forma complementar, o processo de desprescrição dos inibidores da bomba de prótons, assim como a inserção dos farmacêuticos nas equipes de saúde e seu envolvimento nas ações assistenciais e educativas

para a promoção do uso racional de medicamentos, devem ser valorizadas no cotidiano dos serviços e apoiadas por gestores.

Referências

- Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases - A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Med.* 2016;14(1):179.
- Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, Rojas-Fernandez C, Walsh K, Welch V, Moayyedi P. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician.* 2017; 63 (5): 354-364.
- Santos FTC, Marques LAM. Atribuições clínicas do profissional farmacêutico. In: Santos PCJL, editor. *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica: contexto atual, exames laboratoriais e acompanhamento farmacoterapêutico.* 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2018. p. 39-53.
- Barberato LC, Scherer MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Cien Saúde Colet.* 2019;24(10):3717-3726.
- Gikas A, Triantafyllidis JK. The role of primary care physicians in early diagnosis and treatment of chronic gastrointestinal diseases. *Int J Gen Med.* 2014;13(7):159-73.
- Pinto-Sanchez MI, Yuan Y, Bercik P, Moayyedi P. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3(3):CD011194.
- Savarino V, Marabotto E, Zentilin P, Furnari M, Bodini G, Maria C, Pellegatta G, Coppo C, Savarino E. Proton pump inhibitors: use and misuse in the clinical setting. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2018;11(11):1123-1134.
- Batuwitage BT, Kingham JG, Morgan NE, Bartlett RL. Inappropriate prescribing of proton pump inhibitors in primary care. *Postgrad Med J.* 2007;83(975):66-68.
- Forgacs I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors. *BMJ.* 2008;336 (7634):2-3.
- Heidelbaugh JJ, Goldberg KL, Inadomi JM. Magnitude and economic effect of overuse of antisecretory therapy in the ambulatory care setting. *Am J Manag Care.* 2010;16(9):e228-e234.
- Heidelbaugh JJ, Kim AH, Chang R, Walker PC. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know. *Therap Adv Gastroenterol.* 2012;5(4):219-232.
- Reimer C, Bytzer P. Discontinuation of long-term proton pump inhibitor therapy in primary care patients: a randomized placebo-controlled trial in patients with symptom relapse. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2010;22(10):1182-1188.
- Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços farmacêuticos clínicos na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Trab. educ. saúde.* 2020; 18 (1), e0024071.
- Melo DO, Castro LLC. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Cien. Saúde Colet.* 2017;22(1):235-244.
- Morosini MV, Fonseca AF, Pereira I. Educação em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.p.162-167.
- Bispo JJP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saude Publica.* 2020;33(9):e00108116.
- Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, Acúrcio FA, Guibu IA, Álvares J, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2017;51(Suppl 2):6s
- Silva DLS, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. *Interface comun. saúde educ.* 2016;20(57):325-335.
- Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Cien. Saúde Colet.* 2010;15(Suppl 3):3603-3614.
- Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, Welch V, Moayyedi P, Rojas-Fernandez C, Pottie K, Farrell B. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:CD011969.
- Wilsdon TD, Hendrix I, Thynne TR, Mangoni AA. Effectiveness of Interventions to Deprescribe Inappropriate Proton Pump Inhibitors in Older Adults. *Drugs Aging.* 2017; 34(4):265-287.
- Dills H, Shah K, Messinger-Rapport B, Bradford K, Syed Q. Deprescribing Medications for Chronic Diseases Management in Primary Care Settings: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(11):923-935.
- Medeiros CE, Rocha MRA, Gildo LJ. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Rev. ciênc. farm. básica apl.* 2014; 35(1):81-88.
- Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciênc. Saude Colet.* 2017;22(4):1181-1191.

25. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, Guibu IA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Soares L. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. *Rev. Saúde Pública.* 2017;51(Suppl 2):11s.

26. Correr CJ, Noblat LACB, Castro MS. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil); Universidade Aberta do SUS (Brasil). UNASUS: gestão da assistência farmacêutica: especialização à distância. Florianópolis: Editora da UFSC [internet]. 2011 [acesso em 2023 mar 24];119-160. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3536/1/E3_Mod9_Un3_final.pdf

27. Foppa AA, Bevilacqua G, Pinto LH, Blatt CR. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *RBCF, Rev. bras. ciênc. farm.* 2008; 44 (4): 727-737.

Agendamentos de consultas na Atenção Primária: síntese de evidências para apoio à decisão da gestão

Appointment Scheduling in Primary Care: synthesis of evidence to support management decision

Sanni Silvino Parente^I; Maritsa Carla de Bortoli^{II}; Cintia de Freitas Oliveira^{III}; Bruna Carolina Araújo^{IV}

Resumo

Introdução: O acesso na Atenção Primária está relacionado à qualidade do cuidado prestado e deve suprir as demandas. Existem três modelos descritos de organização da agenda (tradicional, carve-out e acesso avançado). Este estudo tem por objetivo levantar estratégias efetivas de agendamento de consultas na Atenção Primária com desfechos positivos de acesso. **Metodologia:** Elaborou-se uma Síntese de Evidências para Políticas e, em seguida, foi realizado um diálogo deliberativo, buscando discutir aspectos relacionados à implementação das estratégias. **Resultados:** Foram identificadas diversas estratégias efetivas, agrupadas por similaridade de temas em seis opções: 1) Ampliação da oferta de consultas do dia; 2) Monitoramento por equipes multidisciplinares; 3) Aumento da capacidade; 4) Pacotes de intervenção; 5) Intervenções prévias ao agendamento da consulta; 6) Regulação entre os níveis de atenção. **Discussão:** Essas opções podem ser implementadas de forma parcial ou completa, associadas ou não. Faz-se necessário observar barreiras e facilitadores para a implementação de cada uma delas em relação à quatro níveis: usuários do serviço, profissionais, organização dos serviços e sistemas de saúde. **Conclusão:** A síntese oferece o embasamento teórico, mas apresenta limitações, e os resultados precisam ser considerados com cautela para a realidade brasileira.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos serviços de saúde; Agendamento de consultas.

Abstract

Introduction: Primary care access is related to the quality of care provided and must meet demands. There are three proposed models to organize scheduling that are described (traditional, carve-out and advanced access). This study aims to present effective strategies for scheduling appointments in primary care with positive access outcomes. **Methodology:** A Synthesis of Evidence for Policies was developed, followed by a Deliberative Dialogue, to discuss aspects related to the implementation of the strategies. **Results:** Several effective strategies were identified, grouped by similarity of themes into six options: 1) Expansion of appointments offer in the same day; 2) Multidisciplinary teams monitoring patients; 3) Capacity increase; 4) Patient Care Bundles; 5) Interventions prior to scheduling the appointments; 6) Regulation between service levels. **Discussion:** These options can be implemented partially or completely, associated between each other or not. It is necessary to observe barriers and facilitators for the implementation of each of them in relation to four levels: service users, professionals, organization of services and health systems. **Conclusion:** The synthesis offers the theoretical basis for improving scheduling in primary health care, but it has limitations and the results must be interpreted with caution for the Brazilian reality.

Keywords: Primary Health Care; Health services accessibility; Appointments and schedule.

^I Sanni Silvino Parente (parentesanni@gmail.com) é Médica; Mestranda do Instituto de Saúde.

^{II} Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br) é Nutricionista; Doutora; Diretora Centro de Tecnologia de Saúde para o SUS/SP, do Instituto de Saúde.

^{III} Cintia de Freitas Oliveira (cintiaf15@gmail.com) é Obstetriz; Mestranda; Diretora do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde, do Instituto de Saúde.

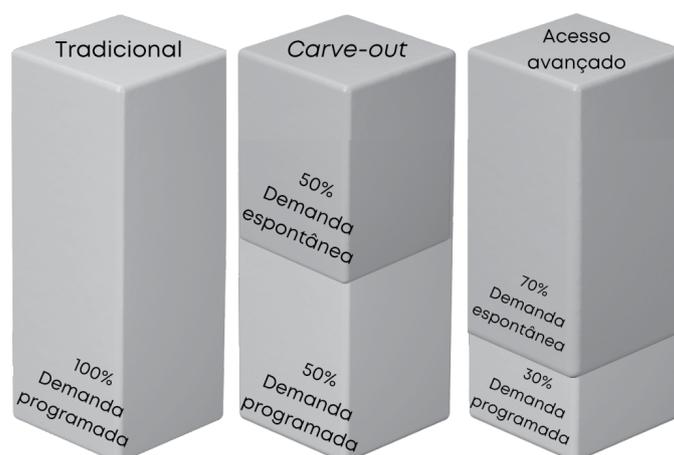
^{IV} Bruna Carolina Araújo (brucaraju@gmail.com) é Fisioterapeuta; Especialista; Diretora do Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde, do Instituto de Saúde.

Introdução

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada do sistema. É constituída por atributos¹, sendo o primeiro deles a “porta de entrada” ou “acessibilidade e primeiro contato”⁵, e está associado às definições de continuidade do cuidado e ao acesso oportuno². A

qualidade do cuidado está relacionada ao acesso em tempo oportuno e à eficácia do serviço³ em responder às demandas programadas e espontâneas. Para atendimento das demandas, há três modelos de organização das agendas e oferta de acesso descritos: o modelo tradicional, o acesso avançado e o *carve-out* (Figura 1).⁴

Figura 1 – Modelos de agendamento (adaptado de Murray e Tantau, 2004).



No modelo tradicional, há o agendamento prévio das consultas, com saturação dos espaços de agenda antes do início do dia de trabalho. É geralmente direcionado por programas prioritários e as demandas urgentes são negligenciadas ou atendidas como “encaixes”. Toda a demanda excedente gera uma fila de espera^{4,5}. O segundo formato, chamado “acesso avançado”, é realizado quando pelo menos metade das vagas é destinada às demandas espontâneas, com consequente aumento do número de consultas, redução do absenteísmo, benefícios estratégicos e clínicos.^{4,5,7,8}

O *carve-out* é definido por maior flexibilidade nos agendamentos, mas com manutenção da capacidade fixa. Nesse modelo, há destinação de metade das vagas para acolhimento de necessidades que surgem no dia. Esse formato permite a formação de um terceiro grupo de pacientes: aqueles que não serão atendidos no dia, mas que também não podem aguardar na fila de espera pelo agendamento.⁴

Além desses modelos de agendamento, diversas estratégias são utilizadas pelos profissionais de saúde

e gestores, na tentativa de melhorar a oferta de acesso, atributo com pior avaliação em diversos estudos de qualidade da AB^{9,10,11}. Como não há unanimidade sobre a melhor estratégia de agendamento e a escolha depende muito do contexto dos serviços, o presente estudo tem por objetivo levantar em literatura as estratégias efetivas de agendamento de consultas na Atenção Primária, que melhoram a qualidade do acesso à saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Santos (SP).

Desenho do estudo

Foi desenvolvida uma revisão de literatura complementada com componente participativo, realizada em três etapas: dimensionamento da magnitude do problema, elaboração de uma síntese de evidências para informar políticas, e realização de um diálogo deliberativo. Todo o estudo recebeu aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) em 1/8/2022 sob o N° CAAE 61094022.8.0000.5469 e da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em 25/4/2023, N° CAAE 61094022.8.3002.0263. Aqui,

serão apresentados resultados referentes à elaboração da síntese de evidências.

As sínteses de evidências são revisões de literatura cuja metodologia busca de forma sistematizada apresentar as melhores opções para resolução de um problema com base em evidências. É uma das estratégias de tradução do conhecimento sendo, normalmente, elaborada a partir de um problema prioritário e destinada à gestores¹².

Um protocolo da síntese de evidências foi publicado¹³. A pergunta de pesquisa foi elaborada conforme o acrônimo PCC: P (população) = usuários, profissionais e gestores da UBS; C (conceito) = intervenções efetivas para o agendamento de consultas; C (contexto) = Atenção Primária à Saúde, sendo critérios de inclusão as revisões sistemáticas, revisões rápidas, síntese de evidências, que abordam a temática de estratégias de marcação de consultas em UBS no Brasil ou serviços de Atenção Primária no mundo. As estratégias de buscas foram montadas a partir de descritores DeCs e Mesh, com apoio de

bibliotecária experiente em revisões sistemáticas, e foram consultadas dez bases de dados e duas bases de literatura cinzenta.

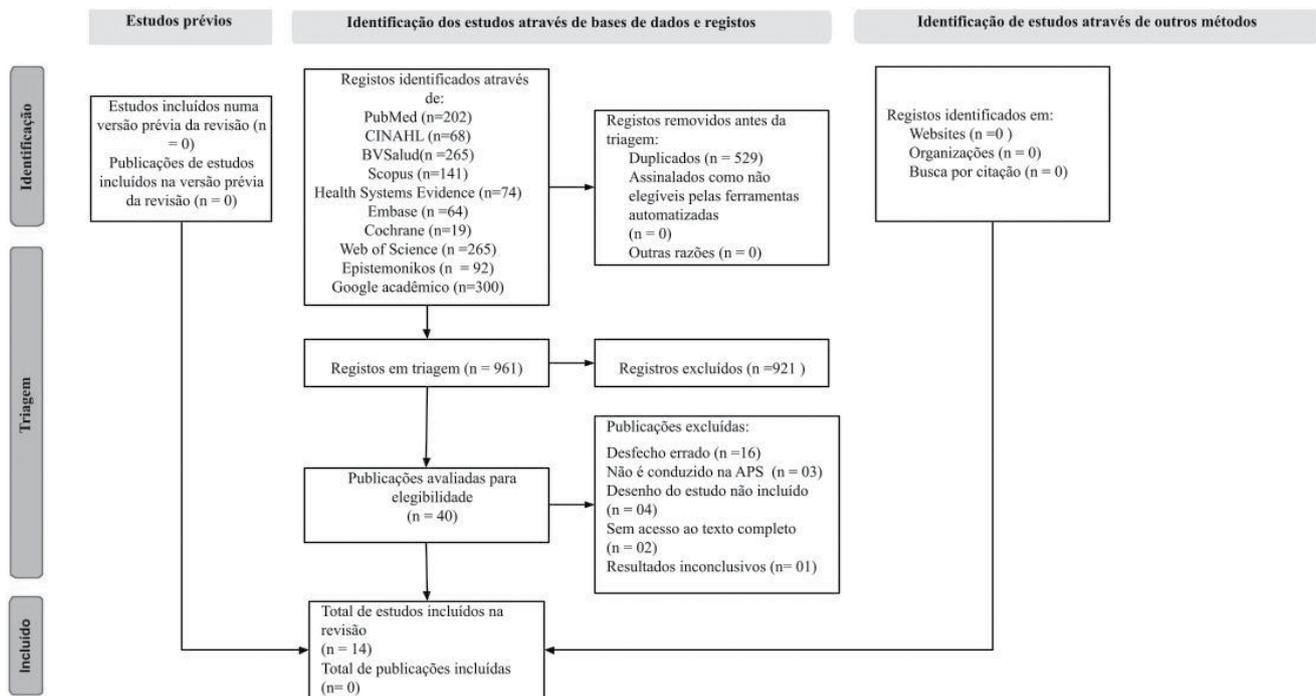
A seleção foi realizada por duplas independentes de revisoras, e as divergências resolvidas por consenso. Para a seleção, utilizou-se o *software* Rayyan¹⁴. A extração foi realizada por uma revisora e checada por outra, e os dados coletados foram inseridos em uma planilha no *software* Excel.

Após a extração dos dados, as opções foram elaboradas com base no agrupamento temático das estratégias descritas e cada opção foi descrita em relação aos benefícios, danos potenciais, vieses dos estudos e percepções de atores sociais afetados por elas.

Resultados

As buscas resultaram em 1490 títulos, dos quais 529 foram excluídos por duplicação, resultando em 961 estudos. Após a triagem e elegibilidade, 14 foram selecionados para a extração, conforme Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma de seleção e elegibilidade de estudos.



A leitura e extração dos 14 estudos incluídos resultaram em 21 estratégias relacionadas com melhores desfechos no atributo acesso. Essas estratégias apresentavam algumas similaridades entre as suas definições e foram agrupadas de acordo com essas características em seis opções, e apresentadas em ordem conforme a quantidade de revisões que apresentavam a estratégia, descritas a seguir.

Ampliação da oferta de consultas do dia – opção 1

As informações dessa opção foram levantadas a partir de cinco revisões^{8,16,17,18,19}, que denominam a opção como acesso avançado (AA) ou agendamento aberto. As revisões definem como destinação de 50% a 70% do total de vagas diárias para demandas que aparecem no dia, e atendimento do usuário em tempo oportuno em até 24 ou 48 horas desde a procura pelo sistema de saúde.

Os resultados apresentam redução no tempo de espera para consulta e taxa de absenteísmo⁸, melhor alcance de metas de qualidade e estrutura dos serviços¹⁹ e redução do tempo de internação hospitalar¹⁸. As evidências sugerem também aumento dos custos compensados pela eficiência do serviço.^{16,18}

Os resultados foram conflitantes ao medir a satisfação do paciente^{8,16,18}, o aumento do volume de consultas^{8,17}, os desfechos clínicos positivos^{17,18,19} e a utilização dos departamentos de urgência e emergência^{8,18}. Há danos potenciais descritos em relação à continuidade do cuidado, vigilância de pacientes portadores de doenças crônicas e acompanhamento de pacientes após a alta hospitalar.^{8,17}

Monitoramento por equipes multidisciplinares – opção 2

Consiste no monitoramento de um grupo de pacientes por equipes multidisciplinares e oferta de cuidado em tempo oportuno, com base na observação e troca de informações por meio de um portal *online* ou por utilização de telessaúde. É descrita em quatro revisões.^{17,20,21,22}

Essa estratégia se mostrou eficaz na redução do tempo de espera para consulta^{20,22}, no aumento

da quantidade de consultas^{17,21}, na diminuição da utilização de serviços de atenção secundária, melhoria em alguns desfechos clínicos e ações de autocuidado, na redução do absenteísmo²¹ e das hospitalizações, na otimização dos agendamentos¹⁷ e aumento da satisfação de pacientes e profissionais de saúde²⁰. Foi verificada elevação do custo para a implementação do portal *online*²⁰ e não foram descritos riscos nos estudos; portanto, também não foram encontradas incertezas.

Aumento da capacidade – opção 3

É definido como implementação de outros equipamentos de saúde direcionados ao atendimento de demandas espontâneas, não necessariamente vinculadas ao território, capazes de realizar atendimentos rápidos e direcionados à queixa e ao prolongamento do tempo de atendimento nas unidades básicas. Essa opção foi escrita a partir de três revisões.^{20,21,22}

A ação apontou benefícios relacionados à redução no tempo de espera para a consulta e na quantidade de pessoas em filas de espera para atendimento, melhoria em desfechos clínicos, redução na utilização dos demais níveis de atenção e na variabilidade de profissionais médicos, e aumento da satisfação^{20,21,22}. Entretanto, há riscos relacionados ao acompanhamento de pessoas portadoras de doenças mentais graves²² e à manutenção do vínculo e longitudinalidade.^{21,22}

Pacotes de intervenção – opção 4

Duas revisões apresentaram três estratégias combinadas em pacotes de intervenção, de forma que não se pode analisar isoladamente o efeito de uma ação constante de um desses pacotes.^{16,22}

Os pacotes de intervenção estudados foram: 1) Acesso avançado, atendimentos de enfermagem, retornos por telefone, medidas para redução de consultas de retorno, triagem por médicos generalistas ou enfermeiros, redirecionamento da carga de trabalho de médicos, medidas de promoção do autocuidado e intervenções digitais (e-mail); 2) Acesso avançado, retornos por telefone e avaliação dos retornos por um profissional de saúde; e 3) Acolhimento e

aconselhamentos rápidos por estudantes de medicina e intervenções em grupos.

Em todas as estratégias, notou-se redução do tempo de espera para consulta e do absenteísmo, aumento da eficiência, facilidades no controle clínico dos pacientes e melhor continuidade do cuidado¹⁶. Não houve consenso em relação à satisfação dos pacientes.²²

Intervenções prévias ao agendamento da consulta – opção 5

A opção foi montada com base na descrição de duas estratégias, encontradas em duas revisões, realizadas antes do agendamento da consulta pelo paciente: centralização da demanda com triagem clínica por um profissional de saúde e monitoramento de um pequeno grupo de autocuidado populacional por um profissional enfermeiro capacitado. Os benefícios associados à opção relacionam-se ao nível dos serviços de saúde, com promoção do uso de teleconsultas e aumento da utilização e identificação de necessidades clínicas com mais eficiência. Houve diminuição do tempo de espera para consulta para a estratégia de triagem, mas não para a estratégia de grupos.^{21,22}

Regulação entre os níveis de atenção – opção 6

As estratégias foram retiradas de duas opções. O acesso à atenção primária também pode se dar por meio da contrarregulação de usuários dos níveis secundários e terciários. Essa opção combinou estratégias de agendamento de consultas de indivíduos que advêm desses serviços, com o envolvimento de pacientes e familiares no plano de cuidado ou por intensificação da comunicação e compartilhamento de decisões entre profissionais dos diferentes serviços, com responsabilização da atenção primária ainda durante a internação e garantia de transferência do cuidado por meio de visitas domiciliares agendadas durante a programação de alta.^{21,22}

A opção foi eficaz para redução das listas de espera para consulta, aumento da utilização da APS e da frequência, avanço no intercâmbio de informação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção e diminuição nas readmissões hospitalares. Entretanto,

notou-se aumento do tempo de espera para retornos e limitação do tempo de consultas.^{21,22}

Discussão

As opções são apresentadas individualmente, mas a implementação pode ser realizada de forma integrada, combinando aspectos de várias estratégias concomitantemente. Entretanto, independentemente de qualquer opção escolhida, a implementação das opções precisa ser analisada sob a óptica de quatro níveis: dos indivíduos, dos trabalhadores da saúde, das organizações de serviços de saúde e dos sistemas de saúde. Barreiras ou facilitadores para a implementação das opções estão apresentadas a seguir, e apesar de algumas estarem mais dirigidas a opções específicas, também podem, e talvez devam ser consideradas como questões que servem para todas elas.

A falta de análise e consideração sobre recursos disponíveis pelos indivíduos, territórios e percepção de necessidade individual e coletiva se mostra como uma barreira de implementação individual²³. As relações de poder entre o território e os profissionais de saúde são influências à implementação de opções que exigem inter-relação e mudança de atitude em ambos os lados, como, por exemplo, no acesso avançado.²⁴

O contexto sociocultural, o *status* socioeconômico, o autoconhecimento individual e a capacidade de resolução de conflitos são características que precisam ser consideradas como potenciais barreiras à implementação de opções que envolvem o automonitoramento de saúde, especialmente em contextos de mais alta vulnerabilidade²⁵. Três das opções encontradas envolvem o uso de tecnologias (opções 2, 4 e 5) e representam potencial para a geração de iniquidades e barreiras à implementação das estratégias nelas contidas.^{26,27}

Características individuais dos profissionais são fatores que influenciam positiva e negativamente o processo de mudança. Dentre elas, destacam-se os conhecimentos prévios e crenças, a autoeficácia, o estágio individual de inclinação profissional, o desejo de mudança e a identificação com a instituição²⁸. A

inclinação institucional à mudança é condicionada por características individuais dos profissionais e relacionada à organização dos serviços de saúde, possibilitando a geração de aprendizagem colaborativa e priorização do projeto.^{23,29}

Em todas as opções são citados os profissionais da enfermagem, atribuindo-lhes maior carga de trabalho, além do que já está referenciado na literatura²⁴, sendo que alternativas devem ser consideradas, tais como a utilização de equipes multidisciplinares. Uma barreira que poderá ser encontrada neste aspecto é a resistência à mudança de processos de trabalho consolidados e dificuldades de comunicação entre colegas.²⁵

A importância da presença de uma pessoa que assuma um papel de tutor ou facilitador para a mudança, engajamento da liderança e criação de um “clima de implementação” é citada em diversos estudos^{23,28,29} como componente facilitador no âmbito de profissionais de saúde, e a inexperiência dos profissionais com a estratégia pode representar um risco à sustentabilidade da opção²⁴. Oferta de incentivos e recompensas, aproximação dos gestores dos profissionais executores da implementação, apoio logístico e resolução de entraves burocráticos são também facilitadores à implementação sensíveis ao nível da organização dos serviços.^{23,28,29}

O modelo hegemônico centrado na assistência individual e voltado à valorização do tempo do médico destinado a consultas em detrimento de ações de planejamento, o pouco estímulo à multidisciplinaridade, a pouca comunicação efetiva e habilidade em tomar decisões conjuntas, a cultura precária de referência e contrarreferência e a baixa acessibilidade a esses processos pelos profissionais influenciam negativamente a implementação das opções, pois todas envolvem articulação entre profissionais e serviços, com mudanças nos processos de trabalho^{24,25,30}. Por fim, mas não menos relevante, é necessário considerar também a imaturidade dos sistemas de informação utilizados no Brasil e ajustes necessários para completa integração de informações, o que é fundamental em algumas das opções apresentadas.³⁰

Conclusões

O estudo descreve seis opções de intervenções possíveis para a melhoria dos agendamentos de consultas que podem ser implementadas em um contexto de atenção básica, adaptando ou reformulando seus processos para que se alcancem melhores escores de qualidade da atenção primária, no que se refere ao atributo “acesso”. As estratégias apresentadas podem ser implementadas individualmente, em conjunto ou, ainda, partes delas com adaptações, conforme as avaliações sob a perspectiva local.

Ainda assim, os resultados dessa síntese precisam ser interpretados com cautela, pois foram evidenciadas lacunas relacionadas às evidências. As revisões foram avaliadas com qualidade metodológica “criticamente baixa” e os estudos primários incluídos nas revisões sistemáticas foram conduzidos em países que não apresentam semelhanças com o contexto socio-cultural e econômico brasileiro. Portanto, as informações podem não corresponder à realidade local, fazendo-se necessário a análise cautelosa de riscos e benefícios.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Canuto LE, Silva AFL, Pinheiro LSP, Canuto Jr JCA, Santos NLP. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2021;16(43):2378.
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611-25.
4. Murray M, Tantau C. Redefining open access to primary care. *Manag Care Q*. 1999;7(3):45-55.
5. Knight A, Lembke T. Appointments 101: how to shape a more effective appointment system. *Aust Fam Physician*. 2013;42(3):152-6.
6. Vidal TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS; 2013.
7. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev. Saude Publica*. 2019;53.

8. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2011;171(13):1150-9.
9. Bastos GAN, Fasolo LR, Bastos GAN, Fasolo LR. Fatores que influenciam a satisfação de usuários de serviços ambulatoriais em população de baixa renda: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* 2013;16(1).
10. Vieira-da-Silva LM, Chaves SCL, Esperidião MA, Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health.* 2010;64(12):1100-5.
11. Stein AT. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. *Epidemiol Serv Saude.* 2013;22(1):179-181.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz Metodológica: síntese de evidências para políticas. Brasília (DF); 2020.
13. Parente SS, Bortoli MC, Oliveira CF, Araujo BC. Agendamentos de consultas na atenção primária: síntese de evidências para políticas – Protocolo [internet]. 2023 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: <https://zenodo.org/>
14. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews.* 2016;5;210.
15. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358;j4008.
16. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Services Research.* 2017;295.
17. Nuti L, Turkcan, A., Lawley, M. A., Zhang, L., Sands, L., & McComb, S. The impact of interventions on appointment and clinical outcomes for individuals with diabetes: a systematic review. *BMC Health Services Research.* 2015;15:355.
18. Stubbs ND, Sanders S, Jones DB, Geraci SA, Stephenson PL. Methods to Reduce Outpatient Non-attendance. *The American Journal of the Medical Sciences.* 2012;344(3):211-9.
19. Tan S, Mays N. Impact of initiatives to improve access to, and choice of, primary and urgent care in England: A systematic review. *Health Policy.* 2014;118(3):304-15.
20. Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Car J. Multicomponent interventions for enhancing primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice.* 2021;71(702):e10-e21.
21. Jimenez G, Matchar D, Koh CHG, van der Kleij R, Chavannes NH, Car J. The Role of Health Technologies in Multicomponent Primary Care Interventions: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2021;23(1):e20195.
22. Thomas KA, Schroder AM, Rickwood DJ. A systematic review of current approaches to managing demand and waitlists for mental health services, *Mental Health Review Journal.* 2021;26(1).
23. Low LL, Ab Rahim FI, Johari MZ. et al. Assessing receptiveness to change among primary healthcare providers by adopting the consolidated framework for implementation research. 2019;497.
24. Soares LS, Junqueira MAB. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2022;46(01).
25. Seckler E, Regauer V, Rotter T. et al. Barreiras e facilitadores para a implementação de vias de atenção multidisciplinar na atenção básica: uma revisão sistemática. *BMC.* 2020
26. Moreira DA, Tibães HBB, Batista RCR, Cardoso CML, Brito MJM. Manchester Triage System in Primary Health Care: Ambiguities And Challenges Related To Access. *Texto & contexto enferm.* 2017;26(02).
27. Pessoa C, Sousa L, Ribeiro A, Oliveira T, Silva JL, Alk mim MB, Marcolino M. Description of Factors Related to the Use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. *JISfTeH.* 2016;4:e4:1-4.
28. Theis LC, Marinho Mikosz D, Rosa SV, Tetu Moysés S, Proença de Moraes T. Percepção dos profissionais de saúde em relação à implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. *Revista de Atenção à Saúde.* 2021;19(68).
29. Rogers HL, Pablo Hernando S, Núñez-Fernández S, Sanchez A, Martos C, Moreno M, Grandes G. Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: a qualitative study. *J Health Organ Manag.* 2021;35(9):349-367.
30. Almeida PF, Gérvas J, Freire J-M, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate.* 2013;98.

Estratégias de fortalecimento de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: a experiência de uma Unidade Básica de Saúde

Strategies to strengthen workers' health: the experience of a Basic Health Unit

Carla Andrea Trapé^I, Kátia Regina dos Santos Narciso^{II}, Luciana Cordeiro^{III}, Emiliania Maria Grandó Gaiotto^{IV}

Resumo

A saúde do trabalhador é determinada pela forma de organização do processo de trabalho no contexto do modo de produção capitalista, processo que gera sucessivos desgastes, inclusive na área da saúde. Objetiva-se apresentar o processo de elaboração de propostas de enfrentamento do desgaste do trabalhador da Atenção Primária em Saúde, por meio de pesquisa de implementação e da pesquisa participante, com vistas às transformações dos processos de trabalho. Realizou-se sete oficinas emancipatórias para instrumentalização dos trabalhadores com vistas à implementação de estratégias de fortalecimento de saúde dessa população, validadas em diálogo deliberativo, com trabalhadores de uma unidade de saúde da família. O processo educativo foi analisado captando-se os desgastes dos trabalhadores e elencando suas causas sob sua própria óptica, as quais foram se complexificando ao longo do processo, em direção à compreensão das raízes dos desgastes. Foi elaborado documento norteador para apoiar a realização de oficinas, de forma a preparar os trabalhadores para processos de implementação, constituindo o produto apresentado ao programa de mestrado profissional ao qual a pesquisa se vincula. As oficinas se apresentaram como instrumento potente de transformação da compreensão sobre a saúde do trabalhador e as formas de enfrentamento dos desgastes que estes sofrem.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Política de Saúde do Trabalhador; Atenção Básica; Implementação.

Abstract

The workers' health is determined by the organization of the work process within the context of the capitalist mode of production, a process that generates successive worker's wear out, including in the health field. We aim to present the process of coping proposals development to address the Primary Health Care workers' wear out through implementation research and participatory research, with a view to transform work processes. Seven emancipatory workshops were conducted to instrumentalize the workers to implement health-strengthening strategies for workers. These strategies were validated through deliberative dialogue with a family health unit workers. The educational process was analyzed and it captured the workers' wear out and its causes from their' perspective. These causes became increasingly complex throughout the process leading to a better understanding of the roots of the wear and tear. A guiding document was developed to support the workshops and prepare the workers for the implementation processes. This document constituted the product presented to the professional Master's Program to which the research is affiliated. The workshops proved to be a powerful instrument for transforming the understanding of worker health and the ways to face with the wear out that they experienced.

Keywords: Occupational Health; Workers Health Policy; Primary Health Care; Implementation.

^I Carla Andrea Trapé (carlaens@usp.br) é enfermeira, doutora e docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo.

^{II} Kátia Regina dos Santos Narciso (katia.narciso@hotmail.com) é enfermeira e pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

^{III} Luciana Cordeiro (lucordeiro.to@gmail.com) é terapeuta ocupacional, doutora e docente da Universidade Federal de Pelotas.

^{IV} Emiliania Maria Grandó Gaiotto (aggrando@gmail.com) é enfermeira, doutora e docente da Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara, Tatuí, SP

Introdução

O presente estudo se constitui em pesquisa do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (MPAPS) da Escola de Enfermagem da USP. Toma-se por objeto o desgaste da saúde do trabalhador no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), apresentando estratégias de fortalecimento da saúde desse grupo, construídas a partir da pesquisa de implementação. Esta busca compreender como operacionalizar políticas, programas ou intervenções individuais em saúde para responder questões da realidade envolvendo gerentes, equipes, tomadores de decisão executivos, formuladores de políticas e profissionais de saúde.¹

Parte-se do pressuposto de que a saúde do trabalhador é determinada pela forma de organização do processo de trabalho no contexto do modo de produção capitalista, que tem por finalidade a exploração da força de trabalho para geração de lucros. É caracterizada, ainda, pela precarização das condições de trabalho e jornadas prolongadas^{2,3}, sendo que a exigência de cumprimento de metas e a automatização do trabalho, bem como o adoecimento e desgaste dos trabalhadores são traços do proletariado brasileiro.⁴

Tais desgastes são diferentes para distintas classes sociais e definem os perfis epidemiológicos desses grupos⁵. Os processos de trabalho no modo de produção capitalista mostram-se extremamente nocivos, caracterizados pela alienação e sobrecarga dos trabalhadores.⁶

Os atuais processos de organização no trabalho, inclusive na saúde, desgastam as dimensões física e subjetiva dos trabalhadores, resultando em sobrecarga⁷. O desgaste do trabalhador em Saúde, a exemplo dos demais trabalhadores, resulta, em última instância, da exploração capitalista, que impõe aos trabalhadores o sequestro de sua subjetividade e a falta de clareza sobre seu próprio processo de trabalho.^{5,8}

Na APS, a organização do trabalho coloca constantemente os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) diante do desafio de cumprir metas, o que envolve múltiplas tarefas. Tal realidade foi agravada pela pandemia de covid, que recentemente explicitou que profissionais de saúde vêm sofrendo desgastes relacionados

às condições de trabalho a que têm sido submetidos, tais como falta de insumos, quadro profissional insuficiente, jornadas de trabalho aumentadas, entre outras.⁹

Ressalta-se que diante da complexidade de elementos que determinam a saúde do trabalhador, os serviços de saúde e instituições voltados para esse grupo restringem-se a intervenções em fatores de risco sem considerar a relação entre adoecimento e organização do processo de trabalho no contexto do modo de produção capitalista¹⁰. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) criada em 23 de agosto de 2012 instituiu alguns avanços ao prever que as ações e estratégias voltadas para a saúde do trabalhador incidam sobre alguns elementos do processo de trabalho. Entretanto, os desafios têm sido muitos para sua efetivação, e entre eles estão a fragmentação da rede de Atenção à Saúde e a orientação das ações pautadas no modelo biomédico.¹⁰

Buscando superar a perspectiva de intervenções em saúde do trabalhador voltadas apenas para o tratamento de problemas já instalados, Gaiotto¹¹ produziu uma síntese de evidências que consistiu na análise de revisões sistemáticas que avaliaram intervenções na área em questão, resultando na elaboração de três opções para enfrentar o problema. As duas primeiras opções são fundamentadas no campo da Saúde Ocupacional (SO), que abrange a maioria das intervenções analisadas: 1) Implementar um programa multiprofissional de prevenção e monitoramento de problemas de saúde direcionado aos trabalhadores da APS; e 2) Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento dos trabalhadores que retornam ao trabalho após afastamento por problemas de saúde. A terceira opção está alinhada com o campo da Saúde do Trabalhador (ST): 3) Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho, com o objetivo de fortalecer os trabalhadores, utilizando as evidências científicas disponíveis nessa área específica.

Destaca-se a distinção fundamental entre o campo da SO, que se pauta na teoria da multicausalidade da doença, e da ST, a qual tem seus fundamentos na teoria da determinação social da saúde. No campo das práticas, as intervenções também são diferentes: a SO objetiva intervir nos fatores de risco envolvidos

na produção da doença e propõe intervenções focadas na utilização de equipamentos de proteção individual, responsabilizando os trabalhadores pelos agravos à saúde. A ST, por sua vez, utiliza a categoria processo de trabalho como referencial de análise para os potenciais de desgaste à saúde; propõe mudanças direcionadas aos processos sociais que estão na base dos problemas de saúde do trabalhador^{12,2,6}, buscando explicitar as contradições da exploração capitalista e sobre elas intervir⁸ por meio do fortalecimento das lutas pela melhoria das condições de trabalho e saúde.⁶

Assim, ancorando-se no campo da ST, tem-se como objetivo apresentar o processo de elaboração de propostas de enfrentamento do desgaste do trabalhador da APS, por meio da pesquisa de implementação com vistas às transformações dos processos de trabalho. Elaborou-se documento norteador para apoiar a realização de oficinas, de forma a preparar os trabalhadores para processos de implementação.

Procedimentos metodológicos

Esta pesquisa deriva de projeto matriz¹¹, que utilizou a proposta da rede EVIPNet Brasil (Evidence-informed Policy Network) e seguiu as orientações da ferramenta SUPPORT (SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials)¹³. O referido projeto desenvolveu a síntese de evidências relativas às políticas públicas na área de saúde do trabalhador, com enfoque nos trabalhadores da APS, e avançou até o diálogo deliberativo (DD)^v, que contou com a presença de trabalhadores da APS, gestores, trabalhadores da Coordenadoria de Atenção Básica e pesquisadores. Foram elencadas estratégias de fortalecimento da saúde de trabalhadores, que deveriam envolver: a) monitoramento dos potenciais desgastes por meio de observatório em saúde do trabalhador; b) promoção de discussões coletivas que visem instrumentalizar os trabalhadores sobre a relação entre a organização do processo de trabalho e o adoecimento; c) fortalecimento dos trabalhadores por meio de participação nos espaços de decisão e sindicatos.

^v Diálogos deliberativos (DD) compõem as ferramentas SUPPORT e adotadas pela EVIPNet, e permitem que a evidência das pesquisas seja discutida por trabalhadores, gestores, técnicos e usuários dos serviços, incluindo pontos de vista, experiências e conhecimentos de quem estará envolvido ou será afetado pela implementação de políticas.^{15,16}

No que diz respeito à fase de implementação das estratégias validadas no DD, identificou-se a necessidade de se realizar uma etapa de pré-implementação, visto que os trabalhadores do local de estudo que se prontificaram a participar do processo não estiveram presentes no DD, logo, não estavam preparados para a operacionalização das propostas elencadas.

Assim, para essa etapa de pré-implementação, que consiste no levantamento de barreiras e ajuste das estratégias para superá-las na realidade local, identificou-se que não haveria a possibilidade de avançar para a discussão da implementação das estratégias sem ter clareza de a quais desgastes e suas causas os trabalhadores da UBS em questão estavam submetidos. Identificou-se que os trabalhadores, subsumidos pelas cobranças e pela dinâmica do trabalho, não tinham oportunidade de refletir sobre essas questões e nem mesmo sobre o próprio processo saúde-doença.

Dessa maneira, optou-se pela realização de oficinas com trabalhadores, com a intenção de identificar os desgastes a que estavam submetidos e suas causas, e as possibilidades de enfrentamento, com a finalidade de prepará-los para a fase de implementação das estratégias validadas no DD, objeto de estudos futuros.

Para a realização das oficinas, considerou-se a pesquisa participante como metodologia¹⁴, e oficinas emancipatórias (OE) como método⁸. As OE constituem processo educativo, utilizadas, neste estudo, para fortalecimento do trabalhador, a partir do entendimento sobre a realidade que o cerca. Por meio deste processo, os trabalhadores conseguem socializar angústias, frustrações, inseguranças, e contradições encontradas no cotidiano do trabalho; o processo oficinairo facilita a não culpabilização dos trabalhadores pelo seu estado de saúde, permitindo que revejam suas condições atuais e articulem mudanças nas práticas do trabalho, buscando expor as raízes do problema⁸. Para a realização das oficinas, que contou com uma mediadora, foram usadas estratégias disparadoras como rodas de conversa, acesso a documentos oficiais, dados científicos e notícias de jornais.

As OE foram realizadas em uma UBS que compõe a Supervisão de Saúde do Campo Limpo em São Paulo, caracterizada como um dos maiores serviços de APS

da região. Os participantes desta pesquisa foram indicados pela gestão da Supervisão do Campo Limpo e gestão da UBS durante uma reunião para apresentação do projeto. Participaram um trabalhador da vigilância em Saúde do Trabalhador da Supervisão Técnica e sete trabalhadores da UBS: duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde (ACS), um agente de promoção ambiental (APA) e uma auxiliar técnico-administrativa (ATA).

Os encontros foram registrados em um diário de campo; as falas foram gravadas e transcritas e produziu-se também material escrito pelos participantes. As sínteses dos encontros foram submetidas à apreciação dos sujeitos. Foram realizados sete encontros a cada 15 dias, pactuados com o serviço.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP.

Resultados e Discussão

O desenvolvimento das oficinas como estratégia de pré-implementação possibilitou que os trabalhadores refletissem sobre seu processo de trabalho, seus desgastes relacionados à conjuntura atual do trabalho em saúde e sobre estratégias coletivas de enfrentamento. Essa adaptação não prejudicou o processo, pois a ferramenta SUPPORT prevê a possibilidade de retorno das etapas quando necessário. Ao longo das oficinas os trabalhadores identificaram desgastes que foram categorizados em temas conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Desgastes e causas de desgastes à saúde identificados pelos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária de uma UBS da STS de Campo Limpo. São Paulo, SP, 2023.

Desgastes	Explicações dos participantes sobre as causas dos desgastes	Falas dos participantes
Relacionamento interpessoal conflituoso	Conflitos gerados por “fofocas”	“Pra você ter noção das fofocas (...) a gente tem um tal do sinapse [sistema de comunicação entre trabalhadores], né, o pessoal começou a ter sinapse porque a coleguinha não quis entregar o pote porque ela não era do setor. O pessoal começou a abrir sinapse pra isso” (P1).
	Falta de comunicação	“Falta de assertividade nas comunicações, definir fluxo também, acho que faz muito parte a definição de fluxo na unidade, (...) se você é bom em uma coisa e a outra pessoa também não se interessa pelo que você está fazendo, que entra a questão de trabalho de equipe (...). Então, tipo assim, se o paciente, ele já chega nervoso, né, no meu guichê, (...) ele já está nervoso com algum atendimento que eu fiz, ele vai subir pra enfermagem ou outros demais setores com essa agressividade também (...), assim, o paciente não é agressivo porque eu falei algo, às vezes não é nada pessoal comigo e sim pelas outras experiências” (P2).
Sobrecarga de trabalho	Cobrança de metas quantitativas	“É quantitativo né, é como se, por exemplo, eu tenho uma gestante, daí eu tenho que fazer seis consultas com ela. Ele não pega uma consulta de qualidade, ele pega essas seis consultas, quantitativo, (...) então vou atender essa gestante não pensando no bem-estar dela, mas sim a quantidade que vou receber depois disso,(...) quando a gente pega um profissional que foge desse fluxo ele não sobrevive, (...) ele dificilmente vai voltar inteiro na Saúde” (P3). “Ó, você tem essa meta pra bater, é isso que a gente quer e colocar tudo padrão assim, a gente tem 11 equipes... ah, você vai fazer como a outra unidade já fez. Num dá... o fluxo é diferente, a gente tem quantidades diferentes... falar assim “ah não, porque na outra unidade o pessoal faz”, eu digo ‘ok’, mas na outra unidade você não tem 11 equipes, você tem 5...” (P1).

Desgastes	Explicações dos participantes sobre as causas dos desgastes	Falas dos participantes
Falta de sentido no trabalho	Falta de envolvimento e insatisfação com o trabalho	<p>“Eu acho que tem a questão da sobrecarga, mas tem a questão internamente de “como é que eu estou? Estou comprometida no trabalho? Como é que eu estou? Eu estou focada no resultado? Eu simplesmente estou cumprindo hora de trabalho” (P7).</p> <p>“Mas a satisfação com o trabalho é uma coisa importante e aí passa para a saúde mental, (...)” (P7).</p>
	Perda da clareza sobre o objeto de trabalho	<p>“(…) e é isso, cada vez as pessoas querem que você faça mais e mais coisas, e você foge um pouco do seu, você desvia um pouco do seu foco” (P4).</p> <p>Os trabalhadores não participam do planejamento do próprio processo de trabalho. “Aí chega um tempo e você não sabe mais o que você tá fazendo; você acorda, você tipo ‘o que que eu tô fazendo?’” (P3).</p>
Instrumentos que dificultam o processo de trabalho	Instrumentos planejados por pessoas que não compreendem o processo de trabalho	<p>“A gente acredita que quem inventou esse novo sistema... Ele nunca foi agente de saúde”(P5).</p> <p>“É igual ao fechamento da UBS também, a gente tem que escrever a mesma informação em papéis diferentes. A MESMA informação” (P5).</p>
	Instrumentos que geram retrabalho	<p>“Então, eu tenho que... Eu fico de olho na tela porque eu tô no WhatsApp Web fazendo relatório do paciente porque ele veio com demanda e eu tenho que anotar essa demanda e dar as informações. Eu tenho também que... As minhas visitas são contadas diferentes da dela, da que faz a rua. O dela é pelo Comac, o meu é pelo Lisioline, que é da [Organização Social que rege a UBS]. Então, eu tenho que lançar as minhas visitas, além da ficha dele, eu tenho que lançar no Lisioline (...). Ou seja, eu tenho um monte de processos que eu... Fora que eu tenho que lembrar que eu tenho, além de todo esse processo de trabalho, que eu tenho que manter atualizado no tablet e no E-Sus” (P7).</p> <p>“(…) Ou então você acha que está melhorando, que, por exemplo, o tablet quando chegou, a gente achou que ia ser uma coisa, aí ele já não tem todas as ferramentas que a gente precisa. Aí a gente teve que voltar para o papel de novo (...)” (P5).</p>
Não apropriação do processo de trabalho	Não participação no planejamento do próprio processo de trabalho	<p>“(…) a gente não participa [de reuniões de planejamento]... A reunião técnica existe mas não é pra todo mundo” (P2).</p> <p>“Eu lembro de uma coisa que quem manda fazer não está lá. Nossa, eu lembro nitidamente de um dia que mudaram uma unidade inteira na segunda-feira”. “Teve uma reunião bem no final da semana e falam ‘ó, segunda-feira vai ser assim’. E aí, tipo assim, já é difícil fazer uma mudança em uma unidade grande que nem a nossa, mas fazer uma mudança brusca numa segunda-feira... (...) agora se você muda tudo é um transtorno para o paciente e um transtorno pra gente mesmo. Porque a gente fica exausto mesmo... E aquela bomba ‘ah, mas não era assim até sexta-feira? Por que agora mudou?’” (P6).</p> <p>“(…) vai mudar o fluxo, avisa (...) o paciente, porque, assim, a gente vai mudar o fluxo da unidade chega e muda, mas a gente sabe, mas o paciente não sabe, aí está um caos na Terra” (P2).</p> <p>“(…) não tem as reuniões de fluxo para padronizar. Eles querem colocar a UBS com 11 equipes junto com a que tem quatro e colocar no mesmo fluxo para atender um paciente que não cabe” (P7).</p>

Desgastes	Explicações dos participantes sobre as causas dos desgastes	Falas dos participantes
Conflitos com os(as) usuários(as) dos serviços	Agressividade dos(as) usuários(as)	A agressividade dos pacientes. “Ao mesmo tempo que a gente tenta ajudar o paciente, a gente recebe uma agressividade muito grande. Nossa... os pacientes são muito agressivos, porque existem momentos que nós não conseguimos oferecer” (P1).
	Escuta não efetiva	<p>Agressividade, pois não há escuta efetiva da necessidade do usuário dos serviços: “Assim, o paciente não é agressivo porque eu falei algo, às vezes não é nada pessoal comigo e sim pelas outras experiências. Às vezes, a gente não conseguiu oferecer de fato aquilo que a gente deveria oferecer ao paciente, (...)” (P2).</p> <p>Falta de resolutividade do serviço de saúde. “(...) Qual é a grande questão? O paciente espera muito tempo na fila para saber se vai conseguir passar no atendimento. Quando recebe o ‘não’, pergunta se vai agendar uma consulta e também recebe ‘não’ e é orientado a voltar a seguir o mesmo fluxo. Isso basta para uma grande irritação deles e é a maior queixa que a administração recebe diariamente de pacientes irritados (...)” (P6).</p> <p>“É, algo que eu estava pensando agora (...) dessa questão do relacionamento interno, (...) uma pessoa que ela é ruim na unidade de saúde prejudica todas as dez que são boas (...) a primeira que acolhe o paciente lá na frente [estraga] tudo no atendimento do paciente, daí depois o paciente vem já com dez pedras na mão pra cima da gente, (...) 60% a 70% dos pacientes que a gente tem problema aqui na unidade é por causa de funcionário. É alguém que falou uma coisa errada, é alguém que foi e não deveria ir, é alguém que falou que ia fazer e não foi. (...) Então, essa questão interna é muito complicada, porque na maioria dos casos que a gente vê, meio que “ah, paciente surtou na vacina, paciente surtou na enfermagem”. Todos os pacientes estão mentindo? Então é algo muito complicado e parece que tipo (...)” (P6).</p> <p>“Do jeito que a unidade é desenhada, parece que já é programado pra gente ter esse atrito interno mesmo entre a gente, porque, tipo, lá na recepção eles têm que fazer assim, só que quando chega lá na enfermagem, ‘não, você tem que fazer assado’ (...) aí que torna muito muito mais agressivo” (P6).</p>

Fonte: Elaboração própria.

O processo oficinairo facilitou a compreensão de que os desgastes que mais emergiram – relação conflituosa entre os trabalhadores e destes com os usuários, e ferramentas que obstaculizam o trabalho – eram, na verdade, resultados da sobrecarga de trabalho, da falta de sentido no trabalho e da não apropriação pelos profissionais dos próprios processos de trabalho.

Segundo Carvalho, Peduzzi e Ayres¹⁷, o conflito interpessoal está relacionado a aspectos microssociais, como a falta de colaboração entre os trabalhadores. Entretanto, autores como Rivas e Silva¹⁸ defendem que as relações interpessoais não se restringem à dimensão individual, sendo afetadas, na contemporaneidade, pelos valores capitalistas. Vários destes valores, embasados nos princípios de produtividade,

individualismo, rapidez, urgência, imediatismo e busca desenfreada pelo aperfeiçoamento profissional, estão nas raízes da destruição das relações sociais e da supressão do tempo que o indivíduo necessita para refletir e perceber a realidade na qual está inserido. Dessa forma, o caráter de dominação do modo de produção capitalista permanece oculto, dificultando a construção de consciência crítica¹⁸ e mascarando, inclusive, o que está na raiz de questões, como no caso dos conflitos apontados no presente estudo. A organização do processo de trabalho no contexto de exploração capitalista, por exemplo, não permite que trabalhadores se apropriem do objeto e da finalidade de seu trabalho, fazendo com que o sentido da atividade laboral se perca. A falta da participação no planejamento do próprio processo de trabalho catalisa as falhas de comunicação entre a equipe e os usuários, gerando os conflitos tão presentes nas falas dos trabalhadores.

O processo de trabalho na contemporaneidade, ditado pelos princípios capitalistas, tem se configurado pela máxima exploração, perda de direitos e precarização alimentadas pela agudização da terceirização, informalidade e desemprego¹⁹. Essa configuração busca criar um tipo de trabalhador versátil, flexível e ativo, que se obriga a lidar com demandas complexas e crescentes pelo receio da perda do emprego, contribuindo para a construção de uma identidade do trabalhador que está alinhada aos interesses do sistema capitalista.⁸

Essa realidade também se reproduz no trabalho em saúde, incluindo a APS²⁰. O SUS tem sido alvo de ataques, haja visto as políticas de cunho neoliberal, subfinanciamento do setor público e apoio ao capital privado²¹, operacionalizado principalmente por meio de contratos de gestão com as Organizações Sociais. Os elementos da atual racionalidade de gestão dos serviços públicos da APS, baseada na lógica do pagamento por desempenho, da eficiência e da produtividade, foram legitimados pelas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, resultando em exigência constante de mudanças na organização do cotidiano do trabalho e cobrança pelo alcance de metas, a despeito das condições de trabalho.²²

Com isso, a saúde dos trabalhadores da APS é afetada, pois exige-se a reorganização do processo de trabalho, resultando em maior sobrecarga²³, por meio de uma lógica gerencialista, que prioriza critérios empresariais de eficiência e modernização²⁴. A falta crônica de pessoal nas equipes, o medo e a insegurança em relação ao desemprego, a perda de direitos trabalhistas e atrasos salariais²⁵ somados ao sentimento de desvalorização, frustração e impotência frente aos problemas da comunidade, aspectos que se aproximam aos encontrados neste estudo, são agravantes²⁶. É comum o sofrimento psíquico provocado pela impotência e frustração diante de um processo de regulação de desempenho que enfatiza a cobrança de metas de produtividade, ritmos de trabalho excessivos e prazos curtos na produção em saúde.²⁷

Contribui para o desgaste do trabalhador outro elemento relacionado aos processos de trabalho: instrumentos planejados por pessoas que não compreendem o processo de trabalho e, conseqüentemente, geram retrabalho, dificultando o gerenciamento de tempo. Estudo anterior mostra que mudanças no sistema de informação das equipes de ESF geraram aumento da carga cognitiva em decorrência dessas mudanças²⁸. Santos, Chinelli e Fonseca²² ressaltam que as tecnologias, no lugar de aprimorar o trabalho, contribuem para apagar os limites entre tempo de trabalho e tempo livre. Na APS, além de ser necessário alimentar os diversos sistemas com a mesma informação, os aplicativos de mensagens se tornam mais um instrumento de controle do trabalhador, mesmo que de forma indireta, intensificando o ritmo de trabalho.²²

As questões discutidas acima não estavam explícitas nos discursos dos trabalhadores nas primeiras oficinas, e por isso as propostas de enfrentamento dos desgastes (Quadro 2) se concentravam na superficialidade do fenômeno, como conter a agressividade dos pacientes e conversas sobre “bom convívio” no trabalho. Embora as propostas voltadas para questões de mudança de comportamento tenham persistido até o final das oficinas, elas foram se transformando em estratégias de enfrentamento mais estruturais, voltadas para a perspectiva da reorganização do processo de

trabalho com compreensão das raízes dos problemas e crítica sobre o processo de produção em saúde. Foi destacada a necessidade de se reivindicar a participação no planejamento do processo de trabalho, de forma a compreender melhor seu objeto e finalidade, melhorando a compreensão dos processos de trabalho da equipe, o que aprimoraria a comunicação e reduziria conflitos. Também foi apontado que a educação dos

usuários em saúde para compreender o funcionamento do serviço e os problemas da unidade – substituindo estratégias prescritivas de contenção da agressividade – seriam essenciais para que os próprios usuários pudessem apoiar os processos de transformação na perspectiva da educação emancipatória. Citou-se, também, a necessidade do processo de educação permanente para os trabalhadores.

Quadro 2 – Proposta de enfrentamento pela equipe local São Paulo, SP, 2023.

TEMAS	PROPOSTAS
Perspectiva da mudança de comportamento individual	
Conter a agressividade dos(as) pacientes	Ações imediatas quando houver conflitos com os(as) pacientes e funcionários(as). Educação de saúde e segurança para todos(as) os(as) pacientes, com grupos educativos ativos e inclusivos e um time de segurança agindo em situações de violência reais, independentemente da opinião da gerência.
Melhorar a comunicação entre trabalhadores(as)	Propor à gestão grupos com colaboradores sobre bom convívio com os(as) colegas de trabalho. Oficinas com colaboradores(as) abordando temas de bom convívio. Boa comunicação, não usar sinapses [sistema de comunicação interna] para fazer fofocas.
Melhoria da ergonomia	Troca de mobília da unidade para que a ergonomia dos(as) funcionários(as) melhore.
Perspectiva da reorganização do processo de trabalho	
Promover discussão sobre processos e organização do trabalho	Comunicação integral da gestão com todas as categorias sobre mudanças e melhorias do fluxo de salas da unidade. Realizar um diagnóstico da situação local. Reforçar reunião geral com todos(as) os(as) profissionais. Gestão ser mais participativa em todos os setores. Ter reuniões gerais sempre. Reuniões de cada categoria mensalmente e ser obrigatório toda a unidade ter uma única fala. Unificação do sistema de atendimento e agendamento, deixar funções esclarecidas de cada categoria para que não haja sobrecarga. Conversa com a gestão da Unidade (gestor e sênior) sobre insatisfação dos(as) colaboradores(as) e o quanto isso reflete na agressividade dos(as) pacientes (exemplo: mudança de fluxo segunda-feira). Participação do colegiado gestor para facilitar a comunicação.
Educação em saúde dos(as) usuários(as)	Trabalho de conscientização com a população da área (o que é ESF, qual o trabalho da APS, fluxos, etc.).
Perspectiva da reorganização do processo de trabalho	
Aprimoramento dos instrumentos de trabalho	Eliminar o cadastro, prontuário e relatório manual. Cartões-família que possuam QR code, para que a atualização da família seja em tempo real e não tenhamos conflitos com a recepção quando o paciente mudar. Informatização das senhas para melhor acesso dos pacientes e otimização do trabalho dos colaboradores. Ter a opção de criar um relatório familiar no <i>Forms</i> para que o acs não tenha que sair com pasta e tablets ao mesmo tempo. Reduzir a quantidade de papéis do fechando em forma geral ou que ambos se conversem com o e-SUS na hora do fechamento.

Fonte: Elaboração própria.

As OEs, à semelhança do discutido por Soares et al⁸, se constituíram em processo educativo, já que possibilitaram que os trabalhadores apreendessem a realidade, revendo concepções pautadas na culpabilização individual e mudança de comportamento que mascaram as cruéis exigências do trabalho no contexto da exploração capitalista. Por meio desse processo, os trabalhadores discutiram sentimentos de angústia, estresse, insegurança e impotência, compreendendo a relação destes com as condições de vida e trabalho, e repensaram as propostas de enfrentamento dos desgastes, na direção da rediscussão dos processos de trabalho e estratégias voltadas para mudanças sociais que exponham as raízes dos problemas de saúde e do desgaste no trabalho.⁸

A cada encontro eram trazidos novos elementos de discussão, que possibilitaram aprimorar o planejamento inicial das oficinas, resultando em um instrumento norteador para o desenvolvimento de processos de reflexão coletiva dos trabalhadores da saúde na APS, sobre as causas dos seus desgastes e as estratégias de enfrentamento que considerem a atuação sobre os elementos do processo de trabalho que produzem adoecimento (Quadro 3). Dessa forma, a partir desse processo de formação e reflexão, acredita-se que a implementação e operacionalização das estratégias elencadas em uma etapa seguinte aconteça de forma efetiva com maior participação dos envolvidos.

Quadro 3 – Documento norteador como estratégia de implementação para desenvolvimento de oficina emancipatória em saúde do(a) trabalhador(a) na Atenção Primária São Paulo, SP, 2023.

Etapas	Intencionalidade das discussões	Desenvolvimento	Estratégias
Diagnóstico (1º encontro) – Encontro entre mediadores(as) e trabalhadores(as) de Saúde	O processo educativo parte da realidade dos(as) participantes, das condições concretas de trabalho e do conhecimento já acumulado sobre as práticas em Saúde.	Discussão sobre interesse e disponibilidade dos trabalhadores em participar dos encontros, usando questões norteadoras relacionadas à operacionalização das propostas a respeito de políticas em Saúde do Trabalhador.	A partir das falas dos(as) trabalhadores(as), se identifica a necessidade de se discutir elementos essenciais sobre os quais eles(as) não encontram espaços para reflexão, tais como trabalho em Saúde, processo de trabalho em Saúde na Atenção Primária, desgastes do trabalho, saúde do(a) trabalhador(a).
Diagnóstico (1º encontro) – Encontro entre mediadores(as) e trabalhadores(as) de Saúde	O processo educativo parte da realidade dos(as) participantes, das condições concretas de trabalho e do conhecimento já acumulado sobre as práticas em Saúde.	Discussão sobre interesse e disponibilidade dos trabalhadores em participar dos encontros, usando questões norteadoras relacionadas à operacionalização das propostas a respeito de políticas em Saúde do Trabalhador.	A partir das falas dos(as) trabalhadores(as), se identifica a necessidade de se discutir elementos essenciais sobre os quais eles(as) não encontram espaços para reflexão, tais como trabalho em Saúde, processo de trabalho em Saúde na Atenção Primária, desgastes do trabalho, saúde do(a) trabalhador(a).
Problematização I (2º encontro) – Discussão da realidade de saúde dos(as) trabalhadores(as)	Caracteriza-se pelo encontro entre os problemas vivenciados em relação à saúde do(a) trabalhador(a) e a relação com a organização do processo de trabalho.	Identificação de problemas relacionados aos processos de trabalho no serviço e o impacto sobre a saúde do(a) trabalhador(a).	Podem ser utilizados disparadores que reflitam, por exemplo, a relação entre erros cometidos durante o atendimento dos usuários e a sobrecarga de trabalho a que estão submetidos(as) os(as) trabalhadores(as).

Etapas	Intencionalidade das discussões	Desenvolvimento	Estratégias
<p>Problematização II (3º)</p>	<p>Discussão sobre os conceitos de trabalho, trabalho em Saúde e processo de trabalho na Atenção Básica.</p>	<p>A partir dos problemas de saúde identificados, explicita-se sua relação com o processo de trabalho discutindo-se o conceito o e processo de trabalho em si.</p>	<p>Utilizam-se metodologias participativas por meio de um exercício que compara o serviço de Saúde com outro estabelecimento. Busca-se explicitar o processo de trabalho do serviço de Saúde e seus elementos (objeto, instrumentos e finalidade) chamando atenção para os diferentes recortes, a partir dos distintos referenciais (referencial biomédico e da saúde coletiva).</p>
<p>Instrumentalização: mediação entre participantes e conhecimento (4º encontro)</p>	<p>Caracteriza-se pelo encontro entre os problemas vivenciados em relação à saúde do trabalhador e a relação com a organização do processo de trabalho na contemporaneidade ditada pelos princípios produtivistas e competitivos do contexto neoliberal.</p>	<p>Discussão sobre a relação entre processo de trabalho, desgaste e saúde do trabalhador.</p>	<p>Parte-se da perspectiva que a organização do processo de trabalho no modo de produção capitalista, no contexto neoliberal, é produtor de adoecimento.</p>
<p>Instrumentalização: mediação entre participantes e conhecimento (5º encontro)</p>	<p>Elementos teóricos e conceitos da Saúde Coletiva e Saúde do Trabalhador são retomados para identificar as causas dos desgastes, buscando-se superar a perspectiva biomédica e de culpabilização individual pelo próprio adoecimento. Aqui aborda-se a especificidade do trabalho em Saúde.</p>	<p>Discussão sobre as causas dos desgastes percebidos e a organização do processo de trabalho na UBS.</p> <p>Parte-se da perspectiva de que o processo de trabalho em Saúde está submetido às mesmas determinações do trabalho contemporâneo discutido no encontro anterior, precarizado, inseguro, pautado na produtividade e competitividade.</p>	<p>São utilizadas metodologias participativas por meio de um exercício em que os participantes escrevem em um formulário eletrônico as causas dos desgastes sofridos nos serviços e sua relação com a organização do processo de trabalho. As respostas são discutidas no grupo, buscando-se identificar que os desgastes estão relacionados à cobrança pelo aumento da produtividade, cumprimento de metas, sobrecarga de trabalho e falta de participação em espaços decisórios sobre a organização do trabalho.</p>
<p>A nova síntese elaborada pelo grupo (7º encontro)</p>	<p>Proposição de estratégias de enfrentamento dos desgastes com vistas ao fortalecimento da saúde do(a) trabalhador(a).</p>	<p>Elaboração de síntese pelos(as) participantes. Retoma-se o processo histórico do grupo, reiterando as novas construções coletivas.</p>	<p>Os(As) participantes produzem uma síntese com as causas dos desgastes que geram adoecimento e as propostas de enfrentamento. A síntese final deve ser validada pelo grupo.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Trabalhadores instrumentalizados nessa perspectiva se tornam mais fortalecidos e organizados para movimentos reivindicatórios à gestão e outras instâncias de planejamento.

Considerações finais

Durante o desenvolvimento das oficinas o processo foi sendo aprimorado, resultando em instrumento norteador potente para apoiar processos semelhantes em outros serviços de saúde que se proponham a implementar estratégias de fortalecimento de saúde do trabalhador.

A participação dos profissionais da saúde local foi fundamental para a identificação das barreiras de implementação que passavam pela impossibilidade dos trabalhadores identificarem as razões dos desgastes e propostas de enfrentamento voltadas para as raízes dos problemas.

As oficinas se apresentaram como instrumento potente de transformação. Conforme o processo se desenvolveu, identificou-se que as percepções a respeito dos desgastes, suas causas e o impacto sobre a saúde do trabalhador foram se modificando, partindo de concepções de desgastes voltadas para a perspectiva individual e comportamental, no âmbito das relações interpessoais e na culpabilização pessoal, alinhando-se teoricamente ao referencial do campo da SO em direção a reflexões relacionadas às raízes dos problemas, referentes à organização do processo de trabalho na perspectiva do campo da Saúde do Trabalhador.

Referências

1. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol.* 2015;3(32):1-12.
2. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública.* 1997; 13(Suppl 2):21-32.
3. Minayo-Gomez C, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(6):1963–70.
4. Antunes R. O privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. Boitempo: São Paulo, 2018.
5. Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde - Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec; 1989
6. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(4): 757-766.
7. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no Município de São Paulo. *Escola de Enfermagem USP.*2007;41(esp): 777-781.
8. Soares CB, Campos CMS, Souza HS, Godoy-Vieira AI, Cordeiro L, Lopes IO et al. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). *Rev. bras. saúde ocup.* 2018; 43(supl 1):e7s.
9. Soares CB, Peduzzi M, Costa MV. Os trabalhadores de enfermagem na pandemia COVID-19 e as desigualdades sociais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo,* 2020; 54:e03599.
10. Costa D, Lacaz FAC, Filho JMJ, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional.* 2013;38(127):11-30.
11. Gaiotto EMG. Síntese de evidências para instrumentalizar a formulação de políticas públicas de fortalecimento dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.
12. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública.* 1991; 25(5): 341-349.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Síntese de evidências para políticas. Brasília; 2020
14. Brandão CR, Borges MC. A pesquisa participante: um momento da educação popular. *Revista de Educação Popular.* 2008; 6(1): 51-62.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília; 2015
16. Barreto, JOMB, Toma, TS. Métodos na EVIPNet Brasil: Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências. *Bis.* 2016; 17(1): 43-49.
17. Carvalho, BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(7): 1453-1462.

18. Rivas EP, Silva PC. O Impacto do Capitalismo nas Relações Interpessoais da Contemporaneidade: Uma Perspectiva da Psicologia Analítica. *Psicologia.pt*. 2017.
19. Neves D. A exploração do trabalho no Brasil contemporâneo. *Rev Katálysis*. 2022; 25(1):11-21.
20. Lacaz FAC, Goulart P, Junqueira V. Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde. São Paulo: Editora Hucitec/FAPESP; 2017.
21. Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. *Saude soc*.2015; 24(supl.1):82-91.
22. Santos RPO, Chinelli F, Fonseca AF. Novos Modelos de Gestão na Atenção Primária à Saúde e as Penosidades do Trabalho. 2022; *Caderno CRH*, 35, e022037.
23. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*. 2018; 42(116):11-24.
24. Antunes R, Alves G. As mudanças no mundo do trabalho na era da mundialização do capital..*Educação e Sociedade*; 2004; 25(87):335-351.
25. Damascena DM, Vale PRLF. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020; 18(3):e00273104.
26. Briese G, Lunardi VL, Azambuja EP, Kerber NPC. Moral distress of health community agents.. *Cienc Cuid Saude*. 2015; 14(2):1035.
27. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(8):3373–82.
28. Lopes DMQ, Lunardi Filho WD, Beck CLC, Coelho APF. Cargas de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Pesquisa e Assistência na Perspectiva Convergente-Assistencial. *enferm*. 2018;27(4):e3850017.

Hospitalizações e óbitos associados à influenza no Brasil: uma estimativa da incidência no período de 2010 a 2016

Influenza burden of disease in Brazil 2010 to 2016

Francisco José de Paula Júnior^I, Miguel Angel Descalzo^{II}, Jorge Jara^{III}, Erica Tatiane da Silva^{IV}

Resumo

Objetivo: Estimar a incidência de hospitalizações e óbitos associados à influenza no Brasil de 2010 a 2016. **Método:** Foram utilizados registros de altas hospitalares e óbitos pelos códigos CID J09-J18, dados de vigilância laboratorial de influenza e projeções censitárias populacionais ajustadas pelo percentual de usuários de serviços públicos de saúde. Foi realizada meta-análise para determinar as incidências de hospitalizações e óbitos por faixa etária nas cinco regiões geográficas do Brasil. **Resultados:** As estimativas foram de 645.661 hospitalizações e 160.089 óbitos por influenza, de 2010 a 2016. As maiores incidências de internação ocorreram em idosos com ≥ 65 anos (258,6/100.000) e crianças < 5 anos (180,1/100.000), enquanto os óbitos se destacaram entre os indivíduos de ≥ 65 anos (142,9/100.000) e de 50 a 64 anos (22,1/100.000). Foram encontradas diferenças regionais, com as taxas mais elevadas nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. **Conclusão:** A carga da influenza no Brasil é preocupante, com elevado número de hospitalizações e óbitos pela doença. As diferenças regionais e de faixa etária fornecem evidências para apoiar a política de vacinação e o aprimoramento do sistema de vigilância da influenza.

Palavras-chave: Influenza humana; Incidência; Mortalidade; Hospitalização; Meta-análise.

Abstract

Objective: To estimate the incidence of influenza-associated hospitalizations and deaths in Brazil from 2010 to 2016. **Method:** Records of hospital discharges and deaths (mortality system) were used by ICD codes J09-J18, data from laboratory influenza surveillance, and census population projections adjusted by the percentage of those using public health services. Meta-analysis was performed to determine the incidences of hospitalizations and deaths by age group in the five geographic regions of Brazil. **Results:** The estimates were 645,661 hospitalizations and 160,089 deaths from influenza from 2010 to 2016. The highest incidences of hospitalization occurred in older adults with ≥ 65 years (258.6/100,000) and children < 5 years old (180.1/100,000), while deaths stood out among individuals aged ≥ 65 (142.9/100,000) and aged 50 to 64 years (22.1/100,000). Regional differences were found, with higher incidences predominantly in the Midwest, Southeast, and South regions. **Conclusion:** The burden of influenza in Brazil is of concern, with a high number of hospitalizations and deaths from the disease. Regional and age group differences provide evidence to support vaccination policy and the improvement of the influenza surveillance system.

Keywords: Human influenza; Incidence; Mortality; Hospitalization; Meta-analysis.

^I Francisco José de Paula Júnior (fjppjunior@gmail.com). Biólogo pela Universidade Federal do Ceará, epidemiologista de campo pelo Programa de Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS), especialista em Saúde Pública pela Universidade Vale do Acaraú, especialista em Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis pela Escola de Saúde Pública do Ceará e mestre em Políticas Públicas em Saúde pela Escola de Governo Fiocruz Brasília. Consultor técnico do Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis do Ministério da Saúde.

^{II} Miguel Angel Descalzo (descalzo.miguelangel@gmail.com). Possui licenciatura e mestrado em Estatística, doutorado em Epidemiologia e Saúde Pública e pós-doutorado pelo Centro de Estudios en Salud da Universidad del Valle de Guatemala. Consultor técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

^{III} Jorge Jara (jarajor@paho.org). Médico cirurgião pela Universidad del Norte de Barranquilla (Colômbia), epidemiologista de campo pelo Servicio de Epidemiología Aplicada del Instituto Nacional de Salud da Colombia com o apoio do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e especialista em Epidemiologia pela Escuela de Medicina Juan N. Corpas (Colômbia). Pesquisador visitante do Centro de Estudios en Salud da Universidad del Valle de Guatemala. Consultor técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

^{IV} Erica Tatiane da Silva (erica.silva@fiocruz.br). Cirurgiã-dentista, mestre em Odontologia e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Pesquisadora do Programa de Evidências para Políticas e Tecnologias em Saúde da Fiocruz Brasília.

Introdução

A influenza, evento de preocupação para a saúde pública, ampliou sua importância a partir de 2009, diante da primeira pandemia do século 21, causada pelo vírus influenza A(H1N1)pdm09¹. Essa doença é responsável por grandes epidemias anuais, afetando cerca de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo, das quais 3 a 5 milhões evoluem para casos graves, resultando em 290.000 a 650.000 mortes por influenza^{2,3}, sendo 10% em adultos, e de 20% a 30% em crianças⁴. Na América Latina e Caribe, pneumonia e influenza estão entre as oito principais causas de morte de 1980 a 2008, principalmente entre crianças menores de 5 e maiores de 60 anos.⁴

Desde então, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado melhorias na coleta de dados, monitoramento periódico e investigação da carga relacionada à influenza. Para tanto, incentiva os estados membros a construir suas estimativas de incidência de casos hospitalizados e óbitos, visando subsidiar a tomada de decisão dos gestores, além de apoiar a construção da carga global da influenza.⁵

Ademais, diante do cenário epidemiológico da covid-19, evidências sobre a morbimortalidade associada à influenza, incluindo sua dinâmica espaço-temporal, são necessárias para o conhecimento da carga de doenças respiratórias^{6,7}. Apesar dos avanços nos sistemas de vigilância e informação em saúde, no Brasil, ainda são escassos os estudos sobre a carga da influenza. Destaca-se que, por ser um país de dimensões continentais, uma região ou apenas um estado não representam a situação de todo o Brasil.^{8,9}

O presente estudo teve como objetivo estimar a incidência de hospitalizações e óbitos associados à influenza no Brasil de 2010 a 2016, segundo sua distribuição temporal, região geográfica e faixa etária.

Metodologia

A incidência de hospitalizações e óbitos associados à influenza foi estimada de 2010 a 2016 no Brasil,

com base na metodologia de Descalzo et al.¹⁰, a partir de dados secundários de diferentes fontes e sistemas de informação nacionais, estratificados segundo idade (geral e para as seguintes faixas etárias: 0 a 4 anos, 5 a 14 anos, 15 a 49 anos, 50 a 64 anos, 65 anos ou mais), mês, regiões geográficas e o total do país, nos respectivos anos de estudo.

Registros de casos hospitalizados e óbitos por pneumonia e influenza

Foram investigados as hospitalizações e os óbitos que receberam a codificação correspondente às doenças do aparelho respiratório (capítulo X), considerando os códigos de J09 a J18 (relacionados com pneumonia e influenza) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).⁹

Para obtenção dos números totais de hospitalizações, foram utilizados os dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) – empregado em todos os hospitais públicos e nos particulares que prestam atendimentos públicos custeados pelo governo brasileiro¹¹. O número de óbitos foi coletado por meio da Declaração de Óbito (DO), disponível no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Como este é um sistema universal, foi realizada a seleção dos óbitos que tiveram como local de ocorrência o hospital.¹²

Proporção de pacientes infectados com influenza

A positividade dos pacientes com influenza foi obtida pelos dados laboratoriais da vigilância epidemiológica nacional, contidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) Influenza Web¹³. Foi calculada a proporção de amostras positivas para influenza em relação ao número de amostras processadas, provenientes dos casos de todos os laboratórios de saúde pública do país e que atenderam à definição de síndrome respiratória aguda grave (SRAG): indivíduos hospitalizados com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta, e dispneia

ou saturação de O₂ menor que 95% ou desconforto respiratório ou que tenha evoluído para o óbito. Os dados foram estratificados por ano, mês e faixas etárias do estudo.

Número de habitantes sob risco

Para estimar a incidência dos casos associados à influenza, foram utilizadas as projeções populacionais com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando o censo de 2010 e as estimativas populacionais para os demais anos, por ano, faixa etária de estudo e regiões geográficas¹⁴. Para identificação da população sob risco, foi empregado um fator de ajuste (multiplicado pela população estimada), visando à correção da cobertura da população nos hospitais públicos do país. Para determinar os fatores de ajuste, foram levados em consideração os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE) de 2013¹⁵, segundo os quais, para o Brasil, 28% da população possuía algum plano de saúde, ou seja, 72% faziam uso exclusivo do sistema público. Desta forma, o fator de ajuste para a população brasileira foi de 0,72. Para as regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, o fator de ajuste foi de 0,86; 0,84; 0,67; 0,63 e 0,69, respectivamente.¹⁵

Análise estatística

Para a coleta e tabulação dos dados, utilizou-se o *software* Tab para Windows (TabWin 4.14). Foi elaborada uma planilha eletrônica com utilização do *software* Microsoft Excel® 2013, para cálculo das estimativas da incidência de hospitalizações e óbitos associados à influenza no Brasil por ano, faixa etária e regiões geográficas. Para isso, o número de hospitalizações e óbitos do SIH-SUS e SIM, respectivamente, foi multiplicado pela positividade de influenza identificada pelos laboratórios, seguido da divisão pelas populações sob risco ajustadas pelo percentual de cobertura dos

serviços públicos de saúde do país. O detalhamento do cálculo e respectivos parâmetros utilizados são apresentados no Anexo 1. Foram obtidos os intervalos de confiança de 95% (IC95%) para estimativas de incidência, assumindo uma distribuição de Poisson. Além disso, com o emprego do *software* Stata® versão 12, foi realizada uma meta-análise com os resultados para a obtenção das estimativas das regiões geográficas, por faixa etária, usando um modelo de efeito aleatório e assumindo a heterogeneidade significativa dos dados.¹⁶

Aspectos éticos

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília (parecer nº 2.510.4090), estando em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

Resultados

De 2010 a 2016, a população total do Brasil, ajustada para o uso exclusivo de serviços públicos de saúde, foi de aproximadamente 144 milhões de habitantes por ano, com maior proporção de habitantes nas regiões Sudeste (36,8%) e Nordeste (32,5%). Em relação à idade, destacaram-se os indivíduos de 15 a 49 anos (54,8%) (Tabela 1).

Diagnóstico de pneumonia e influenza

O total de hospitalizações por pneumonia e influenza no Brasil, de 2010 a 2016, foi de 700 mil por ano, com maiores proporções entre crianças de 0 a 4 anos (34,4%) e indivíduos com 65 anos ou mais (29,0%), e nas regiões Sudeste (36,2%) e Nordeste (26,2%). Entre as hospitalizações, 1.238.041 (25,3%) evoluíram para o óbito hospitalar, com destaque para os indivíduos com 65 anos ou mais (71,5%) e para a região Sudeste (53,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Número de hospitalizações e óbitos associados à influenza no Brasil durante 2010–2016

Período	População ^a	Nº hospitalizações por SRAG ^b	Nº óbitos por SRAG ^c	Percentual de influenza positivo ^d	Hospitalizações associadas à influenza ^e	Óbitos associados à influenza ^f
2010	140.929.299	789.363	155.261	950/9.849 (9,6)	85.122 (84.558 - 85.827)	17.334 (17.052 - 17.616)
2011	142.311.495	759.418	163.498	604/4.434 (13,6)	106.023 (105.311 - 106.592)	22.770 (22.485 - 23.054)
2012	143.653.610	708.422	167.883	3.887/17.665 (22,0)	107.023 (106.305 - 107.598)	23.846 (23.415 - 24.134)
2013	144.954.996	722.120	178.724	5.843/31.198 (18,7)	107.268 (106.543 - 107.848)	24.932 (24.642 - 25.222)
2014	146.216.265	680.906	182.168	1.749/15.923 (11,0)	71.646 (71.208 - 72.231)	18.715 (18.569 - 19.008)
2015	147.437.941	621.777	190.749	1.080/12.244 (8,8)	50.424 (49.982 - 50.866)	14.891 (14.743 - 15.186)
2016	148.621.426	606.364	199.758	11.828/45.879 (25,8)	118.155 (117.561 - 118.898)	37.601 (37.155 - 37.898)
Grupo etário	População ^a	Nº hospitalizações por SRAG ^b	Nº óbitos por SRAG ^c	Percentual de influenza positivo ^d	Hospitalizações associadas à influenza ^e	Óbitos associados à influenza ^f
0 < 5	77.899.916	1.682.370	26.611	4.626/52.137 (8,9)	140.297 (122.224 - 158.448)	2.056 (1.737 - 2.375)
5 < 15	170.715.148	421.802	7.825	2.133/9.525 (22,4)	65.844 (56.848 - 74.858)	1.109 (938 - 1.280)
15 < 50	555.492.147	811.352	121.572	10.702/40.081 (26,7)	149.816 (131.762 - 167.869)	19.442 (16.498 - 22.386)
50 < 65	136.047.522	556.805	196.607	5.157/17.615 (29,3)	99.641 (86.131 - 113.137)	30.039 (24.842 - 35.222)
≥ 65	73.970.299	1.416.041	885.426	3.323/17.834 (18,6)	191.301 (154.486 - 228.117)	105.703 (81.552 - 129.847)
Região	População ^a	Nº hospitalizações por SRAG ^b	Nº óbitos por SRAG ^c	Percentual de influenza positivo ^d	Hospitalizações associadas à influenza ^e	Óbitos associados à influenza ^f
Norte	103.001.877	482.151	62.608	812/4.195 (19,4)	70.247 (69.732 - 70.762)	8.446 (8.240 - 8.652)
Nordeste	329.806.864	1.279.242	202.311	1.128/9.370 (12,0)	137.529 (136.869 - 138.518)	20.777 (20.448 - 21.107)
Sudeste	372.905.326	1.769.590	678.766	12.571/65.666 (19,1)	292.357 (291.239 - 293.476)	106.650 (106.278 - 107.396)
Sul	135.399.237	946.599	200.051	9.519/50.325 (18,9)	144.064 (143.387 - 144.877)	31.548 (31.141 - 31.818)
Centro-Oeste	73.011.728	410.788	94.305	1.911/7.636 (25,0)	86.956 (86.372 - 87.541)	18.617 (18.325 - 18.837)

Fonte: Elaboração própria.

^a População por ano, grupo etário e região ajustada às projeções do censo.

^b Número de pessoas hospitalizadas durante 2010–2016 com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) proxy diagnóstico (CID-10 códigos J9-18).

^c Número de óbitos hospitalares durante 2010–2016 com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) proxy diagnóstico (CID-10 códigos J9-18).

^d Número de amostras naso e orofaringe positivas para influenza sobre o total de amostras testadas (percentual).

^e Estimado pelo produto da proporção de amostras testadas positivas para influenza e o número de pessoas hospitalizadas com SRAG (IC 95%).

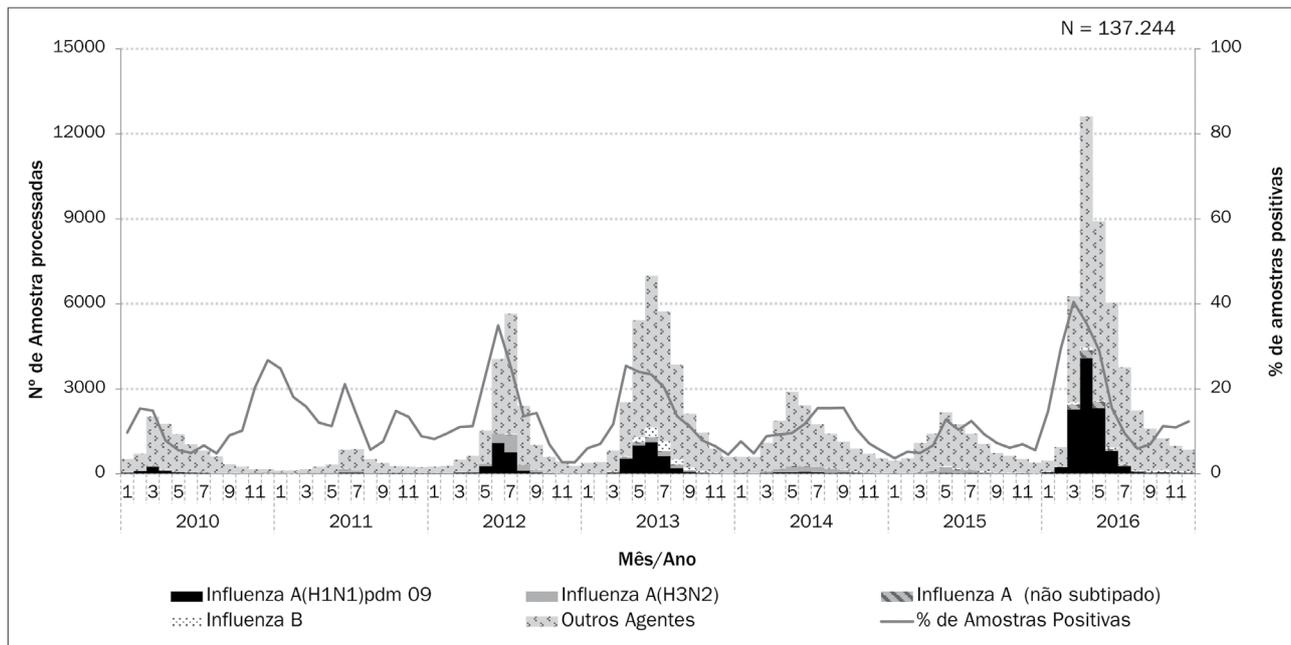
^f Estimado pelo produto da proporção de amostras testadas positivas para influenza e o número de pessoas que evoluíram a óbito por SRAG (IC 95%).

Positividade para influenza identificada pela vigilância

Durante o período do estudo, foram processadas 137.244 amostras do vírus influenza em pacientes

hospitalizados com SRAG notificados pela vigilância (Tabela 1). Destes, 25.963 (18,9%) foram positivos para influenza, sendo 76,5% A(H1N1)pdm09, 18,4% A(H3N2), 5,1% A não subtipados e 10,1% tipo B (Figura 1).

Figura 1. Distribuição do agente etiológico e da positividade para influenza por mês. Brasil, 2010 – 2016.



A positividade para influenza por faixas etárias variou de 8,9% para menores de 5 anos a 29,3% entre 50 e 64 anos. Quanto às regiões, essa positividade variou de 12,0% a 25,0% para as regiões Nordeste e Centro-Oeste, respectivamente (Tabela 1).

Incidência das hospitalizações associada à influenza

As hospitalizações associadas à influenza apresentaram média anual de 92.237 (IC 95%: 89.086–95.388). Houve maior proporção de hospitalizações entre os indivíduos com 65 anos e mais de idade (29,6%) e para a região Sudeste (40,0%) (Tabela 1).

A maior incidência de hospitalizações associada

à influenza ocorreu entre aqueles com mais de 65 anos – 258,6/100.000 habitantes (IC 95%: 208,9 – 308,4) – sendo 1,4 vez o valor da segunda maior incidência, identificada na faixa etária de 0 a 4 anos – 180,1/100.000 habitantes (IC 95%: 156,9 – 203,4). Para as faixas etárias de 5 a 14 anos, 15 a 49 anos e 50 a 64 anos, as incidências foram de 38,6/100.000 habitantes (IC 95%: 33,3 – 43,9), 27,0/100.000 habitantes (IC 95%: 23,7 – 30,2) e 73,2/100.000 habitantes (IC 95%: 63,3 – 83,2), respectivamente.

Na análise regional, observam-se maiores incidências nas regiões Centro-Oeste, entre as crianças menores de 5 anos, e Sul, para as demais faixas etárias (Tabelas 2 a 6).

Tabela 2. Incidências de hospitalizações e óbitos associados à influenza na região Norte do Brasil durante 2010–2016.

Ano	Faixa etária	População ^a	Síndrome Respiratória Aguda Grave - CID (J09-J18)		Positividade de influenza	Hospitalizações associadas à influenza ^d		Óbitos associados à influenza ^e	
			Hospitalização ^b	Óbitos ^c		Número	Incidência (95% IC)	Número	Incidência (95% IC)
2010	0 < 5	1.524.522	38.708	666	13,1	2.260	148,2 (142,1 - 154,3)	46	3,0 (2,1 - 3,8)
	5 < 15	3.076.220	9.419	151	38,4	1.212	39,4 (37,1 - 41,6)	21	0,6 (0,3 - 0,9)
	15 < 50	7.655.559	14.948	1.052	36,8	3.263	42,6 (41,1 - 44)	234	3,0 (2,6 - 3,4)
	50 < 65	1.238.982	5.209	1.120	38,6	505	40,7 (37,2 - 44,3)	96	7,7 (6,1 - 9,2)
	≥ 65	555.674	9.401	3.850	17,8	1.343	241,7 (228,8 - 254,6)	543	97,6 (89,4 - 105,8)
2011	0 < 5	1.509.184	39.501	621	7,1	1.020	67,5 (63,4 - 71,7)	16	1,0 (0,5 - 1,5)
	5 < 15	3.083.245	9.432	156	0,0	0	0,0 (0 - 0)	0	0,0 (0 - 0)
	15 < 50	7.813.572	13.896	1.044	9,7	959	12,2 (11,4 - 13)	69	0,8 (0,6 - 1)
	50 < 65	1.296.351	5.432	1.156	20,0	447	34,4 (31,2 - 37,6)	102	7,8 (6,3 - 9,3)
	≥ 65	578.118	11.097	4.443	0,0	0	0,0 (0 - 0)	0	0,0 (0 - 0)
2012	0 < 5	1.492.970	34.765	665	8,5	2.352	157,5 (151,1 - 163,8)	41	2,7 (1,9 - 3,6)
	5 < 15	3.086.016	8.469	140	9,1	338	10,9 (9,7 - 12,1)	6	0,2 (0 - 0,3)
	15 < 50	7.968.344	12.712	1.258	17,4	2.262	28,3 (27,2 - 29,5)	217	2,7 (2,3 - 3)
	50 < 65	1.355.974	5.532	1.285	4,8	607	44,7 (41,2 - 48,3)	112	8,2 (6,7 - 9,7)
	≥ 65	601.741	11.306	5.225	16,7	1.574	261,5 (248,6 - 274,4)	608	100,9 (92,9 - 109)
2013	0 < 5	1.476.215	34.676	742	9,6	3771	255,4 (247,3 - 263,6)	87	5,9 (4,6 - 7,1)
	5 < 15	3.084.998	8.840	175	18,2	1.001	32,4 (30,4 - 34,4)	18	0,5 (0,3 - 0,8)
	15 < 50	8.119.410	13.924	1.414	23,3	1.918	23,6 (22,5 - 24,6)	193	2,3 (2 - 2,7)
	50 < 65	1.417.081	5.768	1.486	21,9	653	46 (42,5 - 49,6)	149	10,4 (8,8 - 12,1)
	≥ 65	626.976	11.376	5.539	10,9	1.894	302 (288,4 - 315,6)	937	149,4 (139,9 - 159)
2014	0 < 5	1.459.090	31.892	685	5,6	1.602	109,7 (104,3 - 115,1)	38	2,6 (1,7 - 3,4)
	5 < 15	3.081.080	7.750	139	7,7	419	13,6 (12,2 - 14,9)	8	0,2 (0 - 0,4)
	15 < 50	8.266.092	12.604	1.342	13,0	1.098	13,2 (12,4 - 14)	110	1,3 (1 - 1,5)
	50 < 65	1.478.577	5.632	1.544	11,8	356	24 (21,5 - 26,5)	90	6,0 (4,8 - 7,3)
	≥ 65	654.462	12.155	5.953	15,3	1.207	184,3 (173,9 - 194,7)	606	92,6 (85,2 - 99,9)
2015	0 < 5	1.441.661	25.552	556	4,8	1.170	81,1 (76,4 - 85,7)	21	1,4 (0,8 - 2)
	5 < 15	3.076.176	5.762	133	11,1	480	15,5 (14,2 - 16,9)	11	0,3 (0,1 - 0,5)
	15 < 50	8.406.526	9.365	1.316	3,8	293	3,4 (3 - 3,8)	33	0,3 (0,2 - 0,5)
	50 < 65	1.539.833	5.082	1.628	5,7	201	13 (11,2 - 14,8)	54	3,5 (2,5 - 4,4)
	≥ 65	684.581	11.682	6.565	9,4	920	134,3 (125,6 - 143)	439	64,0 (58 - 70)
2016	0 < 5	1.423.703	21.721	598	19,0	2.911	204,4 (197 - 211,8)	84	5,8 (4,6 - 7,1)
	5 < 15	3.056.342	5.141	157	30,1	1.022	33,4 (31,3 - 35,4)	27	0,8 (0,5 - 1,2)
	15 < 50	8.554.326	8.805	1.397	31,5	1.516	17,7 (16,8 - 18,6)	219	2,5 (2,2 - 2,8)
	50 < 65	1.600.898	4.584	1.673	18,3	549	34,2 (31,4 - 37,1)	177	11,0 (9,4 - 12,6)
	≥ 65	717.378	10.013	6.734	16,1	1.409	196,4 (186,1 - 206,6)	884	123,1 (115 - 131,3)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3. Incidências de hospitalizações e óbitos associados à influenza na região Nordeste do Brasil durante 2010–2016.

Ano	Faixa etária	População ^a	Síndrome Respiratória Aguda Grave - CID (J09-J18)		Positividade de influenza	Hospitalizações associadas à influenza ^d		Óbitos associados à influenza ^e	
			Hospitalização ^b	Óbitos ^c		Número	Incidência (95% IC)	Número	Incidência (95% IC)
2010	0 < 5	4.194.070	90.435	1.233	9,6	4.139	98,6 (95,6 - 101,6)	57	1,3 (1 - 1,7)
	5 < 15	8.876.811	29.279	391	30,6	3.686	41,5 (40,1 - 42,8)	44	0,4 (0,3 - 0,6)
	15 < 50	25.141.830	39.130	2.868	28,8	5.519	21,9 (21,3 - 22,5)	404	1,6 (1,4 - 1,7)
	50 < 65	4.959.783	15.974	2.984	30,8	3.456	69,6 (67,3 - 72)	620	12,4 (11,5 - 13,4)
	≥ 65	2.885.372	36.441	13.642	3,7	437	15,1 (13,7 - 16,5)	167	5,7 (4,9 - 6,6)
2011	0 < 5	4.120.694	86.870	1.360	8,7	6.621	160,6 (156,8 - 164,5)	108	2,6 (2,1 - 3,1)
	5 < 15	8.849.219	27.199	325	17,6	3.519	39,7 (38,4 - 41)	37	0,4 (0,2 - 0,5)
	15 < 50	25.371.475	38.266	2.931	15,4	6.088	23,9 (23,3 - 24,5)	436	1,7 (1,5 - 1,8)
	50 < 65	5.126.209	17.172	3.583	16,7	1.823	35,5 (33,9 - 37,1)	402	7,8 (7 - 8,6)
	≥ 65	2.970.125	43.298	16.396	0	0	0,0 (0 - 0)	0	0,0 (0 - 0)
2012	0 < 5	4.045.923	69.230	1.132	9,8	7.438	183,8 (179,6 - 188)	13	3,2 (2,7 - 3,8)
	5 < 15	8.808.661	22.906	321	29,0	7.082	80,3 (78,5 - 82,2)	95	1,0 (0,8 - 1,2)
	15 < 50	25.584.345	34.792	3.172	24,3	6.659	26,0 (25,4 - 26,6)	598	2,3 (2,1 - 2,5)
	50 < 65	5.298.730	16.063	3.770	30,0	4.595	86,7 (84,2 - 89,2)	1.078	20,3 (19,1 - 21,5)
	≥ 65	3.062.526	38.801	17.650	21,4	8.684	283,5 (277,5 - 289,5)	4.021	131,3 (127,2 - 135,3)
2013	0 < 5	3.971.127	69.950	1.205	6,1	4.852	122,1 (118,7 - 125,6)	78	1,9 (1,5 - 2,4)
	5 < 15	8.751.216	21.946	325	12,0	2.839	32,4 (31,2 - 33,6)	36	0,4 (0,2 - 0,5)
	15 < 50	25.786.754	33.540	3.469	22,7	6.400	24,8 (24,2 - 25,4)	637	2,4 (2,2 - 2,6)
	50 < 65	5.475.954	16.688	4.223	24,1	3.086	56,3 (54,3 - 58,3)	730	13,3 (12,3 - 14,2)
	≥ 65	3.161.476	44.380	20.312	19,7	11.737	371,2 (364,5 - 377,9)	5.396	170,6 (166,1 - 175,2)
2014	0 < 5	3.897.630	63.150	1.151	2,7	1.698	43,5 (41,4 - 45,6)	31	0,8 (0,5 - 1)
	5 < 15	8.673.397	20.881	345	5,7	1.243	14,3 (13,5 - 15,1)	18	0,2 (0,1 - 0,2)
	15 < 50	25.985.346	32.430	3.280	16,7	5.193	19,9 (19,4 - 20,5)	511	1,9 (1,7 - 2,1)
	50 < 65	5.655.754	16.511	4.247	16,4	2.785	49,2 (47,4 - 51)	718	12,6 (11,7 - 13,6)
	≥ 65	3.265.203	45.139	20.813	10,0	3.899	119,4 (115,6 - 123,1)	1.840	56,3 (53,7 - 58,9)
2015	0 < 5	3.826.755	58.948	989	2,5	1.410	36,8 (34,9 - 38,7)	22	0,5 (0,3 - 0,8)
	5 < 15	8.575.623	16.727	292	7,6	1.243	14,4 (13,6 - 15,2)	22	0,2 (0,1 - 0,3)
	15 < 50	26.181.617	27.056	3.465	19,5	4.608	17,6 (17 - 18,1)	564	2,1 (1,9 - 2,3)
	50 < 65	5.836.603	16.002	4.795	10,5	1.645	28,1 (26,8 - 29,5)	446	7,6 (6,9 - 8,3)
	≥ 65	3.372.670	48.414	25.127	22,0	11.389	337,6 (331,4 - 343,8)	5.161	153 (148,8 - 157,1)
2016	0 < 5	3.758.935	48.833	1.022	8,5	4.173	111,0 (107,6 - 114,3)	94	2,4 (1,9 - 2,9)
	5 < 15	8.456.263	14.313	331	17,3	2.072	24,5 (23,4 - 25,5)	50	0,5 (0,4 - 0,7)
	15 < 50	26.375.882	22.041	3.745	26,2	4.091	15,5 (15 - 15,9)	667	2,5 (2,3 - 2,7)
	50 < 65	6.018.332	13.977	5.240	27,3	2.892	48,0 (46,2 - 49,7)	1.052	17,4 (16,4 - 18,5)
	≥ 65	3.484.554	42.460	26.177	12,0	3.618	103,8 (100,4 - 107,2)	2.200	63,1 (60,5 - 65,7)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4. Incidências de hospitalizações e óbitos associados à influenza na região Sudeste do Brasil durante 2010–2016.

Ano	Faixa etária	População ^a	Síndrome Respiratória Aguda Grave - CID (J09-J18)		Positividade de influenza	Hospitalizações associadas à influenza ^d		Óbitos associados à influenza ^e	
			Hospitalização ^b	Óbitos ^c		Número	Incidência (95% IC)	Número	Incidência (95% IC)
2010	0 < 5	3.745.848	101.363	1.376	2,6	4.488	119,8 (116,3 - 123,3)	67	1,7 (1,3 - 2,2)
	5 < 15	8.267.460	22.006	478	6,4	1.555	18,8 (17,8 - 19,7)	32	0,3 (0,2 - 0,5)
	15 < 50	28.627.477	44.369	9.366	6,6	3.948	13,7 (13,3 - 14,2)	843	2,9 (2,7 - 3,1)
	50 < 65	7.404.480	31.792	14.727	5,6	2.529	34,1 (32,8 - 35,4)	1.167	15,7 (14,8 - 16,6)
	≥ 65	3.944.517	82.526	65.112	2,5	5.954	150,9 (147,1 - 154,7)	4.693	118,9 (115,5 - 122,3)
2011	0 < 5	3.690.389	86.314	1.396	8,0	6.937	187,9 (183,5 - 192,3)	117	3,1 (2,6 - 3,7)
	5 < 15	8.197.585	18.014	448	13,4	1.769	21,5 (20,5 - 22,5)	45	0,5 (0,3 - 0,7)
	15 < 50	28.783.377	41.609	9.102	12,1	5.178	17,9 (17,5 - 18,4)	1.138	3,9 (3,7 - 4,1)
	50 < 65	7.670.998	32.284	14.952	14,7	4.985	64,9 (63,1 - 66,7)	2.320	30,2 (29 - 31,4)
	≥ 65	4.096.120	86.013	66.532	11,6	12.797	312,4 (307 - 317,8)	9.598	234,3 (229,6 - 239)
2012	0 < 5	3.638.006	85.598	1.463	7,1	4.140	113,7 (110,3 - 117,2)	72	1,9 (1,5 - 2,4)
	5 < 15	8.113.950	17.444	468	15,0	2.136	26,3 (25,2 - 27,4)	58	0,7 (0,5 - 0,8)
	15 < 50	28.928.348	39.732	8.821	20,8	5.995	20,7 (20,2 - 21,2)	1.277	4,4 (4,1 - 4,6)
	50 < 65	7.932.014	31.427	15.322	20,6	4.531	57,1 (55,4 - 58,7)	2.063	26,0 (24,8 - 27,1)
	≥ 65	4.262.362	83.509	67.503	18,0	10.972	257,4 (252,5 - 262,2)	8.618	202,1 (197,9 - 206,4)
2013	0 < 5	3.588.695	80.558	1.372	9,1	6.973	194,2 (189,7 - 198,8)	115	3,2 (2,6 - 3,7)
	5 < 15	8.016.524	18.596	383	21,0	3.510	43,7 (42,3 - 45,2)	70	0,8 (0,6 - 1)
	15 < 50	29.065.429	40.390	9.156	27,1	8.239	28,3 (27,7 - 28,9)	1.813	6,2 (5,9 - 6,5)
	50 < 65	8.184.490	33.142	16.058	29,9	7.410	90,5 (88,4 - 92,6)	3.511	42,8 (41,4 - 44,3)
	≥ 65	4.442.637	86.771	70.134	14,6	11.317	254,7 (250 - 259,4)	9.014	202,9 (198,7 - 207)
2014	0 < 5	3.542.324	76.139	1.338	4,4	3.563	100,5 (97,2 - 103,8)	62	1,7 (1,3 - 2,2)
	5 < 15	7.905.801	15.718	373	11,3	1.860	23,5 (22,4 - 24,5)	44	0,5 (0,3 - 0,7)
	15 < 50	29.199.114	34.795	8.494	18,5	6.266	21,4 (20,9 - 21,9)	1.502	5,1 (4,8 - 5,4)
	50 < 65	8.424.972	30.989	15.786	18,4	5.501	65,2 (63,5 - 67)	2.737	32,4 (31,2 - 33,7)
	≥ 65	4.635.747	88.467	72.874	16,1	12.807	276,2 (271,4 - 281)	10.274	221,6 (217,3 - 225,9)
2015	0 < 5	3.498.644	69.115	1.154	2,7	1.898	54,2 (51,7 - 56,6)	31	0,8 (0,5 - 1,1)
	5 < 15	7.783.509	13.908	340	13,6	1.589	20,4 (19,4 - 21,4)	37	0,4 (0,3 - 0,6)
	15 < 50	29.331.203	28.525	8.295	11,8	3.014	10,2 (9,9 - 10,6)	877	2,9 (2,7 - 3,1)
	50 < 65	8.651.235	27.881	15.676	15,0	3.653	42,2 (40,8 - 43,5)	2.049	23,6 (22,6 - 24,7)
	≥ 65	4.840.831	86.017	75.900	20,9	15.244	314,9 (309,9 - 319,8)	13.152	271,6 (267 - 276,3)
2016	0 < 5	3.457.404	69.557	1.326	15,4	8.463	244,7 (239,5 - 249,9)	161	4,6 (3,9 - 5,3)
	5 < 15	7.661.312	14.545	395	34,0	3.831	50,0 (48,4 - 51,5)	105	1,3 (1,1 - 1,6)
	15 < 50	29.451.245	31.513	8.777	34,4	8.403	28,5 (27,9 - 29,1)	2.272	7,7 (7,3 - 8)
	50 < 65	8.862.953	31.935	17.183	39,8	9.438	106,4 (104,3 - 108,6)	4.909	55,3 (53,8 - 56,9)
	≥ 65	5.058.323	87.029	76.686	26,8	17.477	345,5 (340,3 - 350,6)	15.398	304,4 (299,6 - 309,2)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5. Incidências de hospitalizações e óbitos associados à influenza na região Sul do Brasil durante 2010–2016.

Ano	Faixa etária	População ^a	Síndrome Respiratória Aguda Grave - CID (J09-J18)		Positividade de influenza	Hospitalizações associadas à influenza ^d		Óbitos associados à influenza ^e	
			Hospitalização ^b	Óbitos ^c		Número	Incidência (95% IC)	Número	Incidência (95% IC)
2010	0 < 5	1.333.787	45.247	318	2,8	1.859	139,3 (133 - 145,7)	16	1,1 (0,5 - 1,7)
	5 < 15	3.004.719	11.736	132	18,0	1.954	65,0 (62,1 - 67,9)	23	0,7 (0,4 - 1)
	15 < 50	10.326.764	28.760	2.353	12,9	4.212	40,7 (39,5 - 42)	348	3,3 (3 - 3,7)
	50 < 65	2.755.486	20.581	4.098	13,0	3.450	125,2 (121 - 129,3)	696	25,2 (23,3 - 27,1)
	≥ 65	1.462.047	43.577	17.452	4,6	4.042	276,4 (267,9 - 284,9)	1.589	108,6 (103,3 - 114)
2011	0 < 5	1.314.982	38.364	358	8,4	3.726	283,3 (274,2 - 292,4)	34	2,5 (1,7 - 3,4)
	5 < 15	2.965.701	9.566	138	34,0	2.347	79,1 (75,9 - 82,3)	30	1,0 (0,6 - 1,3)
	15 < 50	10.382.021	25.421	2.497	21,5	5.146	49,5 (48,2 - 50,9)	500	4,8 (4,3 - 5,2)
	50 < 65	2.856.052	20.405	4.425	17,9	3.897	136,4 (132,1 - 140,7)	824	28,8 (26,8 - 30,8)
	≥ 65	1.523.366	47.048	19.318	20,6	10.925	717,1 (703,7 - 730,5)	4.364	286,4 (277,9 - 294,9)
2012	0 < 5	1.297.892	39.656	379	12,7	3.429	264,2 (255,3 - 273)	33	2,5 (1,6 - 3,3)
	5 < 15	2.925.112	9.252	141	34,8	2.208	75,4 (72,3 - 78,6)	32	1,0 (0,7 - 1,4)
	15 < 50	10.428.663	25.188	2.506	35,7	5.351	51,3 (49,9 - 52,6)	493	4,7 (4,3 - 5,1)
	50 < 65	2.957.410	20.096	4.510	34,8	4.210	142,3 (138 - 146,6)	849	28,7 (26,7 - 30,6)
	≥ 65	1.589.446	43.993	19.428	18,7	4.194	263,8 (255,8 - 271,8)	1.720	108,2 (103,1 - 113,3)
2013	0 < 5	1.282.301	36.978	349	7,3	2.232	174 (166,8 - 181,2)	18	1,4 (0,7 - 2)
	5 < 15	2.884.189	9.246	139	27,0	1.870	64,8 (61,8 - 67,7)	28	0,9 (0,6 - 1,3)
	15 < 50	10.466.862	24.436	2.654	29,6	5.131	49,0 (47,6 - 50,3)	523	4,9 (4,5 - 5,4)
	50 < 65	3.057.263	20.372	4.614	24,4	3.348	109,5 (105,8 - 113,2)	720	23,5 (21,8 - 25,2)
	≥ 65	1.660.137	48.137	21.517	15,5	5.486	330,4 (321,7 - 339,2)	2.384	143,5 (137,8 - 149,3)
2014	0 < 5	1.267.973	33.420	304	4,9	1.594	125,7 (119,5 - 131,9)	15	1,1 (0,5 - 1,7)
	5 < 15	2.844.591	7.407	104	11,9	814	28,5 (26,6 - 30,5)	13	0,4 (0,2 - 0,6)
	15 < 50	10.498.473	20.749	2.363	19,1	3.006	28,6 (27,6 - 29,6)	317	3,0 (2,6 - 3,3)
	50 < 65	3.152.552	18.937	4.690	11,8	1.902	60,3 (57,6 - 63)	437	13,8 (12,5 - 15,1)
	≥ 65	1.735.241	47.746	21.995	13,7	5.546	319,6 (311,2 - 328)	2.412	138,9 (133,4 - 144,5)
2015	0 < 5	1.254.602	30.476	270	3,2	909	72,4 (67,7 - 77,1)	8	0,6 (0,1 - 1)
	5 < 15	2.808.369	6.438	97	10,0	597	21,2 (19,5 - 22,9)	8	0,2 (0 - 0,4)
	15 < 50	10.523.916	18.551	2.273	15,7	2.297	21,8 (20,9 - 22,7)	261	2,4 (2,1 - 2,7)
	50 < 65	3.241.231	17.800	4.703	14,8	2.513	77,5 (74,5 - 80,5)	633	19,5 (17,9 - 21)
	≥ 65	1.814.562	46.656	22.582	15,5	5.657	311,7 (303,6 - 319,8)	2.498	137,6 (132,2 - 143)
2016	0 < 5	1.242.040	31.972	327	11,2	2.917	234,8 (226,3 - 243,3)	30	2,4 (1,5 - 3,3)
	5 < 15	2.762.075	6.290	136	26,5	1.210	43,8 (41,3 - 46,2)	23	0,8 (0,4 - 1,1)
	15 < 50	10.557.752	21.009	2.557	35,3	5.429	51,4 (50 - 52,7)	627	5,9 (5,4 - 6,4)
	50 < 65	3.323.332	20.921	5.388	37,9	5.550	167,0 (162,6 - 171,3)	1.337	40,2 (38 - 42,3)
	≥ 65	1.898.329	50.168	24.936	20,9	7.298	384,4 (375,6 - 393,2)	3.590	189,1 (182,9 - 195,3)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6. Incidências de hospitalizações e óbitos associados à influenza na região Centro-Oeste do Brasil durante 2010–2016.

Ano	Faixa etária	População ^a	Síndrome Respiratória Aguda Grave - CID (J09-J18)		Positividade de influenza	Hospitalizações associadas à influenza ^d		Óbitos associados à influenza ^e	
			Hospitalização ^b	Óbitos ^c		Número	Incidência (95% IC)	Número	Incidência (95% IC)
2010	0 < 5	817.106	26.166	366	4,9	6.035	738,5 (720 - 757,1)	98	11,9 (9,5 - 14,3)
	5 < 15	1.733.373	6.440	107	12,2	1.117	64,4 (60,6 - 68,2)	19	1,1 (0,6 - 1,6)
	15 < 50	5.704.478	13.098	1.487	9,2	1.404	24,6 (23,3 - 25,9)	159	2,7 (2,3 - 3,2)
	50 < 65	1.156.339	7.267	1.959	5,6	341	29,4 (26,3 - 32,5)	77	6,6 (5,1 - 8,1)
	≥ 65	536.594	15.491	7.973	4,0	211	39,2 (33,9 - 44,5)	107	19,9 (16,1 - 23,7)
2011	0 < 5	811.015	23.139	287	5,9	1.836	226,3 (215,9 - 236,6)	33	4,0 (2,6 - 5,4)
	5 < 15	1.730.818	4.823	100	8,7	196	11,3 (9,7 - 12,9)	5	0,2 (0 - 0,5)
	15 < 50	5.796.760	10.624	1.457	7,4	1.313	22,6 (21,4 - 23,8)	174	3,0 (2,5 - 3,4)
	50 < 65	1.210.798	7.230	2.043	22,2	930	76,7 (71,8 - 81,7)	268	22,1 (19,4 - 24,7)
	≥ 65	563.322	16.401	8.430	8,3	422	74,9 (67,8 - 82,1)	224	39,7 (34,5 - 44,9)
2012	0 < 5	805.301	20.633	305	20,9	3.962	491,9 (476,6 - 507,2)	53	6,6 (4,8 - 8,3)
	5 < 15	1.726.643	4.827	93	28,6	984	56,9 (53,4 - 60,5)	21	1,2 (0,6 - 1,7)
	15 < 50	5.884.317	10.759	1.463	21,6	2.082	35,3 (33,8 - 36,9)	275	4,6 (4,1 - 5,2)
	50 < 65	1.266.955	6.713	2.085	24,5	1.088	85,8 (80,7 - 90,9)	332	26,2 (23,4 - 29)
	≥ 65	591.962	15.019	8.778	15,6	1.468	247,9 (235,2 - 260,6)	855	144,3 (134,7 - 154)
2013	0 < 5	799.933	21.376	352	7,7	1.103	137,9 (129,7 - 146)	16	2,0 (1 - 2,9)
	5 < 15	1.721.527	5.212	92	19,4	728	42,2 (39,2 - 45,3)	13	0,7 (0,3 - 1,1)
	15 < 50	5.967.056	11.332	1.560	23,6	2.258	37,8 (36,2 - 39,4)	310	5,2 (4,6 - 5,7)
	50 < 65	1.324.196	7.515	2.286	21,3	1.385	104,5 (99 - 110)	419	31,6 (28,6 - 34,6)
	≥ 65	622.549	16.971	9.168	11,3	1.203	193,2 (182,3 - 204,1)	627	100,7 (92,8 - 108,5)
2014	0 < 5	794.794	19.560	352	10,0	1.480	186,2 (176,7 - 195,7)	25	3 (1,8 - 4,3)
	5 < 15	1.716.333	4.823	96	12,0	788	45,8 (42,6 - 49)	15	0,8 (0,4 - 1,3)
	15 < 50	6.044.933	10.489	1.519	24,0	2.021	33,4 (31,9 - 34,8)	284	4,6 (4,1 - 5,2)
	50 < 65	1.381.648	7.091	2.411	28,0	1.925	139,3 (133,1 - 145,5)	642	46,4 (42,8 - 50)
	≥ 65	655.139	16.432	9.970	15,6	1.473	224,8 (213,4 - 236,3)	850	129,7 (121 - 138,4)
2015	0 < 5	789.716	17.073	305	5,7	1.089	137,8 (129,6 - 146)	20	2,5 (1,4 - 3,6)
	5 < 15	1.712.368	3.937	91	11,9	906	52,9 (49,4 - 56,3)	23	1,3 (0,8 - 1,9)
	15 < 50	6.117.265	8.161	1.504	16,5	1.213	19,8 (18,7 - 20,9)	213	3,4 (3 - 3,9)
	50 < 65	1.438.716	6.238	2.323	19,7	1.144	79,5 (74,9 - 84,1)	392	27,2 (24,5 - 29,9)
	≥ 65	689.728	16.411	10.370	14,4	2.172	314,9 (301,6 - 328,1)	1.200	173,9 (164 - 183,7)
2016	0 < 5	784.686	15.435	289	19,8	2.431	309,8 (297,5 - 322,1)	48	6,1 (4,4 - 7,8)
	5 < 15	1.697.921	3.510	93	38,1	1.094	64,4 (60,6 - 68,2)	28	1,6 (1 - 2,2)
	15 < 50	6.195.615	8.333	1.615	44,6	2.847	45,9 (44,2 - 47,6)	515	8,3 (7,5 - 9)
	50 < 65	1.495.343	6.563	2.634	49,4	2.395	160,1 (153,7 - 166,5)	915	61,1 (57,2 - 65,1)
	≥ 65	726.483	15.696	10.342	29,5	2.710	372,9 (358,9 - 387)	1.672	230,1 (219,1 - 241,1)

Fonte: Elaboração própria.

^a População regional ajustada pela projeção do censo. ^b Número de pessoas hospitalizadas durante 2010–2016 com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) proxy diagnóstico (CID-10 códigos J09-J18). ^c Número de óbitos durante 2010–2016 com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) proxy diagnóstico (CID-10 códigos J09-J18). ^d Estimado pelo produto da proporção de amostras positivas para influenza e o número de pessoas hospitalizadas com SRAG por faixa etária e ano (95% IC), incidência por 100.000 habitantes. ^e Estimado pelo produto da proporção de amostras positivas para influenza e o número de óbitos com SRAG por faixa etária e ano (IC 95%). Incidência por 100.000 habitantes.

Incidência dos óbitos associado à influenza

Os óbitos associados à influenza tiveram média anual para o período de 22.870 (IC 95%: 17.344 – 28.396). Houve maior proporção de óbitos entre os indivíduos com 65 anos ou mais (66,8%) e para a Região Sudeste (57,3%) (Tabela 1).

A maior incidência de óbitos associados à influenza ocorreu na faixa etária dos maiores de 65 anos – 142,9/100.000 habitantes (IC 95%: 110,3 – 175,5) – sendo 6,5 vezes maior que o valor identificado na segunda maior faixa etária, de 50 a 64 anos – 22,1/100.000 habitantes (IC 95%: 18,3 – 25,9). Quanto às faixas etárias de 0 a 4 anos, 5 a 14 anos e 15 a 49 anos, as incidências foram de 2,6/100.000 habitantes (IC 95%: 2,2 – 3,0), 0,7/100.000 habitantes (IC 95%: 0,5 – 0,8) e 3,5/100.000 habitantes (IC 95%: 3,0 – 4,0), respectivamente.

A análise regional mostrou maiores incidências em indivíduos de 15 anos nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, destacando-se a última também em relação às crianças menores de 5 anos. Não houve diferenças entre as regiões para o grupo de 5 a 14 anos (Tabelas 2 a 6).

Discussão

Apesar da melhoria das medidas de prevenção e controle da influenza, nossos resultados mostraram que a carga da doença no Brasil permanece alarmante, com uma estimativa de 645.661 hospitalizações e 160.089 mortes por influenza de 2010 a 2016. Se considerarmos apenas as informações do sistema de vigilância, estaríamos subnotificando o número de casos em 26.162 hospitalizações e 4.249 óbitos, ou seja, uma subnotificação de 95,9% e 97,3%, respectivamente, no mesmo período.¹⁷⁻²³

Nosso estudo é o primeiro a estimar a incidência de hospitalizações e óbitos por influenza no Brasil para o período pós-pandêmico de influenza A(H1N1)pdm09, utilizando diferentes fontes de dados para caracterizar a carga da doença no país e em suas regiões. Esses achados ressaltam a importância da construção de modelos matemáticos que ajustem os dados da vigilância epidemiológica e possibilitem extrapolar a

carga da influenza (ou de outras doenças) no Brasil e em suas regiões.

Como limitação desta pesquisa, relatamos a positividade obtida no sistema de vigilância epidemiológica, com dados laboratoriais de notificações de hospitais públicos, que correspondem a cerca de 70% do total de hospitais no Brasil²⁴. Além disso, as estimativas de casos associados a hospitalizações e óbitos por pneumonia e influenza (CID10-J09-J18) podem excluir casos de influenza em que a internação se deveu a outras codificações ou casos fora do padrão de pneumonia e influenza.

Corroborando os resultados de outros estudos, verificou-se também que crianças menores de cinco anos e idosos acima de 65 anos constituem as duas faixas etárias de maior risco para hospitalização associada à influenza^{10,25-29}. As diferenças entre as magnitudes das incidências nos locais e períodos investigados podem ser atribuídas a fatores como o processo de captação de registros, a circulação viral e as diferenças nas definições de caso e modelos de vigilância epidemiológica, além dos processos assistenciais.¹⁰

Quanto aos óbitos associados à influenza, foi ratificada a maior incidência em adultos com 65 anos ou mais^{8,9,25,26,29,30}. Adicionalmente, destaca-se que a segunda faixa etária com maior incidência de óbitos associados à influenza são os indivíduos de 50 a 64 anos. No Brasil, esse segmento não está totalmente contemplado entre os grupos prioritários para a vacinação contra influenza, embora estejam incluídos os idosos de 60 anos e entre 50 e 59 anos, e pessoas com comorbidade³¹. São necessários, portanto, estudos adicionais para avaliar a incidência da mortalidade específica para essa faixa etária, bem como avaliações econômicas compreendendo a ampliação da cobertura vacinal para esse grupo.

Foram encontradas diferenças nas hospitalizações e óbitos entre as regiões do país nas diferentes faixas etárias. De modo geral, o presente estudo revelou maiores incidências nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. Como aspectos possivelmente relacionados às discrepâncias regionais estão as diferenças climáticas e os processos locais de vigilância.

Sendo assim, além do monitoramento contínuo pela vigilância epidemiológica das taxas de incidência de hospitalizações e óbitos associados à influenza, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que investiguem os fatores associados às hospitalizações e óbitos por influenza nas diferentes regiões geográficas do país.³²

Ademais, o presente trabalho contribuiu para o estudo de carga global da influenza conduzido pela OMS, além de apoiar as investigações sobre a efetividade da vacina e a carga econômica da influenza no Brasil.

Conclusão

O estudo fornece evidências para a política de vacinação e o aprimoramento da vigilância da influenza no Brasil, considerando o cálculo das estimativas das incidências de hospitalizações e óbitos pela doença, além do apontamento de diferenças regionais e de faixa etária.

Agradecimentos

Agradecemos à Walquiria Almeida, Daiana Araújo (Ministério da Saúde); Sérgio Nishioka, Erica Camargo (Fiocruz Brasília) e Marcelo Gomes (Fiocruz Rio de Janeiro).

As opiniões expressas pelos autores que contribuem para esta pesquisa não refletem necessariamente as opiniões da OPAS/OMS ou das instituições afiliadas aos autores.

Financiamento

Este trabalho foi apoiado por acordo de cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil.

Contribuição dos autores

FJPJ teve acesso integral a todos os dados do estudo e se responsabiliza pela integridade dos dados e pela precisão da análise dos dados. FJPJ, MAD, JJ e

ETS contribuíram com o conceito e desenho do estudo. FJPJ e ETS contribuíram para a aquisição dos dados. FJPJ, MAD, JJ e ETS contribuíram com a análise e interpretação dos dados. A FJPJ redigiu o manuscrito. MAD, JJ e ETS revisaram criticamente o manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. FJPJ realizou a análise geral. MAD e ETS contribuíram para a meta-análise. FJPJ e ETS contribuíram com a supervisão do estudo.

Referências

1. World Health Organization – WHO. Pandemic (H1N1) 2009: update 112. World Health Organization; 2015.
2. Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, Palekar R, Tempia S, et al. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. *The Lancet*. 2018;391(10127):1285–300.
3. Javanian M, Barary M, Ghebrehewet S, Koppolu V, Vasigala VKR, Ebrahimpour S. A brief review of influenza virus infection. *Journal of Medical Virology*. 2021;93(8):4638–46.
4. World Health Organization. (2012). Vaccines against influenza WHO position paper — November 2012 = Note de synthèse de l'OMS concernant les vaccins antigrippaux — novembre 2012. *Weekly Epidemiological Record = Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 87 (47), 461 - 476. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/241993>
5. World Health Organization – WHO. Global Epidemiological Surveillance Standards for Influenza. *Igarss*. 2014;(1):1–5.
6. Hammond A, Cozza V, Hirve S, Medina M-J, Pereyaslov D, Zhang W. Leveraging Global Influenza Surveillance and Response System for the COVID-19 Pandemic Response and Beyond. *China CDC Wkly* [internet]. 2021 [acesso em 10 nov 2021];3(44):937–40. Disponível em: <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/doi/10.46234/ccdcw2021.226>
7. Larrauri A, Prosenc Trilar K. Preparing for an influenza season 2021/22 with a likely co-circulation of influenza virus and SARS-CoV-2. *Eurosurveillance*. 2021;26(41):2100975.
8. Freitas FTM, Souza LRO, Azziz-Baumgartner E, Cheng PY, Zhou H, Widdowson MA, et al. Influenza-associated excess mortality in southern Brazil, 1980-2008. *Epidemiology and Infection*. 2013;141(8):1731–40.
9. Freitas ARR, Francisco PMSB, Donalizio MR. Mortality associated with influenza in tropics, state of Scenterão Paulo, Brazil, from 2002 to 2011: the pre-pandemic, pandemic, and post-pandemic periods. *Influenza research and treatment*. 2013:696274.

10. Descalzo MA, Clara W, Guzmán G, Mena R, Armero J, Lara B, et al. Estimating the burden of influenza-associated hospitalizations and deaths in Central America. *Influenza and other Respiratory Viruses*. 2016;10(4):340–5.
11. Ministério da Saúde (BR). SIHD Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado [internet]. 2021 [acesso em 7 out 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>
12. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM). [internet]. 2021 [acesso em 7 out 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/vigilancia-em-saude-svs/sistemas-de-informacao/sistema-de-informacoes-sobre-mortalidade-sim>
13. Ministério da Saúde (BR). SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação [internet]. 2016 [acesso em 6 out 2021]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sinan-influenza>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Projeções da população do Brasil e unidades da federação por sexo e idade: 2010-2060. IBGE; 2018.
15. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011. v.39
16. Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX; 2011.
17. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Tratamento de Influenza Protocolo de Tratamento de Influenza. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF);2013.
18. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Influenza: monitoramento até a semana epidemiológica 52 de 2015. Brasília (DF);2016.
19. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Influenza: monitoramento até a semana epidemiológica 53 de 2014. Brasília (DF); 2015.
20. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Influenza: monitoramento até a semana epidemiológica 52 de 2013. Brasília (DF);2014.
21. Ministério da Saúde (BR). Boletim Informativo de Influenza: semana epidemiológica 52 de 2012. Brasília (DF); 2013.
22. Ministério da Saúde (BR). Informe Técnico de Influenza, 2009, 2010 e 2011 [internet]. 2012 [acesso em 15 abr 2019]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/22/informe-influenza-2009-2010-2011-220514.pdf>
23. Ministério da Saúde (BR). Informe Epidemiológico de Influenza: monitoramento até a semana epidemiológica 52 de 2016. Brasília (DF);2017.
24. Ministério da Saúde (BR). CNES - Estabelecimentos por tipo, BRASIL [internet]. 2019 [acesso em 15 abr 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>
25. Saborio GG, Clara A, Garcia A, Quesada F, Palekar R, Minaya P, et al. Influenza-associated Hospitalizations and Deaths, Costa Rica, 2009-2012. *Emerg Infect Dis*. 2014;20(5):878–81.
26. Sotomayor V, Fasce RA, Vergara N, De la Fuente F, Loayza S, Palekar R. Estimating the burden of influenza-associated hospitalizations and deaths in Chile during 2012-2014. *Influenza and other Respiratory Viruses*. 2018;12(1):138–45.
27. Uyeki TM. High-risk Groups for Influenza Complications. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020;324(22):2334.
28. Schanzer DL, Saboui M, Lee L, Nwosu A, Bancej C. Burden of influenza, respiratory syncytial virus, and other respiratory viruses and the completeness of respiratory viral identification among respiratory inpatients, Canada, 2003-2014. *Influenza and other Respiratory Viruses*. 2018;12(1):113–21.
29. Wong PL, Sii HL, P'ng CK, Ee SS, Yong Oong X, Ng KT, et al. The effects of age on clinical characteristics, hospitalization, and mortality of patients with influenza-related illness at a tertiary care centre in Malaysia. *Influenza and other Respiratory Viruses*. 2020;14(3):286–93.
30. Oliva J, Delgado-Sanz C, Larrauri A, Gallardo V, Navarro JM, Marco E, et al. Estimating the burden of seasonal influenza in Spain from surveillance of mild and severe influenza disease, 2010-2016. *Influenza and other Respiratory Viruses*. 2018;12(1):161–70.
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Vigilância de Doenças Transmissíveis. Informe Técnico: 23ª Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza Brasília (DF); 2021.
32. Jaakkola K, Saukkoriipi A, Jokelainen J, Juvonen R, Kaupila J, Vainio O, et al. Decline in temperature and humidity increases the occurrence of influenza in a to correct cold, climate. *Environmental Health: A Global Access Science Source*. 2014;13(1):1–8.

Competências percebidas na condução de rodas de conversas para a promoção da saúde: relato de experiência

Perceived skills in conducting conversation circles for health promotion: experience report

Inara Pereira da Cunha^I, Anna Cândida Barsante Moreno Ortega^{II}, Ana Cristina Atz dos Santos^{III}, Diego Silva de Castro^{IV}, Edmundo Rondon Neto^V, Eliane Kelly Ribeiro da Silva^{VI}, Jumara Espíndola dos Santos^{VII}, Maria Bethânia Pereira Alves^{VIII}, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento^{IX}, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira^X

Resumo

O estudo discute as competências envolvidas na condução de rodas de conversas. Trata-se de um relato analítico e reflexivo desenvolvido a partir das experiências dos estudantes da disciplina de Promoção da Saúde de um programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Mato Grosso do Sul, Brasil. As experiências foram registradas no formato de relatórios de experiências e enfatizaram o uso de rodas de conversas em Unidades de Saúde da Família. A partir do corpus documental, foram levantados o público-alvo, temáticas/objetivos e quatro competências aplicadas para o desenvolvimento das rodas de conversa, a saber: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver, e aprender a ser. Observou-se que o público-alvo e as temáticas desenvolvidas nas rodas de conversas foram relacionados a situação epidemiológica do território. Ainda, foi identificado que a técnica é frequentemente baseada no referencial teórico de Paulo Freire, com etapas sistematizadas. As competências de saber conhecer e saber fazer foram desafiantes. As competências saber conviver e ser destacaram-se positivamente nas experiências descritas. Por fim, as experiências revelaram que há competências que precisam ser aprimoradas para a condução de rodas de conversas, com vistas a alcançar o seu potencial transformador.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Atenção Primária à Saúde; Educação em saúde.

Abstract

The study discusses the competencies involved in conducting the technique of conversation circles. It is an analytical and reflective account developed based on the experiences of students in the Health Promotion discipline of a Professional Master's program in Family Health in Mato Grosso do Sul, Brazil. The experiences were recorded in the form of experience reports and emphasized the use of conversation circles in Family Health Units. From the documentary corpus, the target audience, themes/objectives, and four competencies applied for the development of conversation circles were identified: learning to know, learning to do, learning to live together, and learning to be. It was observed that the target audience and the themes developed in the conversation circles were related to the epidemiological situation of the territory. Furthermore, it was identified that the technique is often based on the theoretical framework of Paulo Freire, with systematic stages. The competencies of knowing and doing were challenging. The competencies of living together and being stood out positively in the described experiences. Finally, the experiences revealed that there are competencies that need to be improved for the facilitation of conversation circles to achieve their transformative potential.

Keywords: Health Promotion; Primary Health Care; Health Education.

^I Inara Pereira da Cunha (inara-pereira@hotmail.com) é odontóloga, docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

^{II} Anna Cândida Barsante Moreno Ortega (annacandidabmo@yahoo.com.br) é odontóloga, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

^{III} Ana Cristina Atz dos Santos (atz.anacristina@gmail.com) é enfermeira, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

^{IV} Diego Silva de Castro (diegocdcastro@hotmail.com) é odontólogo, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

^V Edmundo Rondon Neto (edmundorn@hotmail.com) é enfermeiro, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

^{VI} Eliane Kelly Ribeiro da Silva (eliane_kelly@hotmail.com) é enfermeira, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

^{VII} Jumara Espíndola dos Santos (jumaespidola@yahoo.com.br) é enfermeira, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

^{VIII} Maria Bethânia Pereira Alves (mbethania@hotmail.com) é enfermeira, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

^{IX} Débora Dupas Gonçalves do Nascimento (debora.dupas@fiocruz.br) é fisioterapeuta, docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

^X Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira (sandra.leone@fiocruz.br) é enfermeira, docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Introdução

A promoção da saúde é um conceito que busca melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população como um todo¹. Envolve ações e estratégias que visam prevenir doenças, promover estilos de vida saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde e fortalecer a participação da comunidade nas decisões relacionadas à saúde e tem se tornado uma prioridade no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando uma abordagem integral e participativa da população.²

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental ao ser a porta de entrada para o sistema e estabelecer uma relação contínua e longitudinal com os usuários³. Além disso, a APS constitui-se um espaço de realização de atividades de promoção da saúde, utilizando ferramentas como as rodas de conversa para fomentar a discussão e a troca de experiências entre profissionais de saúde e a comunidade.^{4,5}

As rodas de conversa consistem em uma metodologia de participação coletiva sobre uma temática, gerando discussão, reflexão e construção de novos sentidos, e têm se mostrado uma ferramenta poderosa para engajar os usuários do SUS⁶. Por meio desses encontros, é possível estimular a reflexão crítica, o compartilhamento de conhecimentos e a construção coletiva de soluções para os problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde⁷. Além disso, as rodas de conversa proporcionam um espaço seguro e acolhedor para que os usuários expressem suas necessidades e expectativas, contribuindo para a humanização do cuidado.⁸

É importante ressaltar que a condução efetiva das rodas de conversa requer competências e habilidades específicas por parte dos profissionais de saúde. Eles devem ser capazes de criar um ambiente favorável ao diálogo, estimular a participação ativa dos usuários, facilitar a construção de consensos e garantir a equidade e o respeito entre os participantes⁹. Além disso, é necessário dominar técnicas de comunicação assertiva, mediação de conflitos e escuta empática, de modo a promover uma interação horizontal e promissora.¹⁰

Diante disso, este artigo de relato de experiência tem como objetivo identificar nas vivências

competências envolvidas na condução de rodas de conversa na APS, a fim de fortalecer a prática dos profissionais de saúde e aprimorar a promoção da saúde no âmbito do SUS. Ao compreender as demandas e desafios desse contexto participativo, será possível desenvolver estratégias de capacitação e aperfeiçoamento profissional que contribuam para a efetividade das rodas de conversa como ferramenta de transformação social.

Metodologia

Este estudo descritivo e crítico-reflexivo, do tipo relato de experiência, foi desenvolvido a partir da vivência dos estudantes da disciplina de Promoção da Saúde de um Mestrado Profissional em Saúde da Família, em Mato Grosso do Sul, Brasil. O programa em rede nacional foi criado para suprir a demanda por expansão dos programas de graduação e pós-graduação em todo o país. Ele está estruturado com vistas à consolidação da APS, da Gestão em Saúde e da Educação, e visa capacitar profissionais para atuarem de forma efetiva na saúde da família. As atividades no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e nos encontros presenciais buscam sedimentar e articular conhecimentos e habilidades para enfrentar os desafios do sistema de saúde nas diversas regiões do país.¹¹

Os alunos do Programa de Mestrado Profissional são profissionais da saúde, atuantes no SUS, próximos da práxis da APS. A elaboração dos relatórios de experiências ocorreu entre os meses de março e junho de 2023. A intenção foi registrar, individualmente, a execução de um projeto de intervenção desenvolvido pelos estudantes em Unidades de Saúde da Família durante este período, e a vivência da condução de uma roda de conversa.

Estiveram envolvidos nesta disciplina sete alunos, em uma única turma, coordenado por um docente. Foram inseridos no *corpus* documental seis relatórios entregue pelos estudantes, totalizando 62 páginas. Um relatório foi excluído por não ter sido executado conforme exigido pela disciplina. Cada aluno participou ao menos de uma roda de conversa, tendo participado ao todo cerca de 30 usuários.

Inicialmente, foi feita uma leitura flutuante do *corpus* documental, para identificar o público-alvo e o objetivo das rodas de conversas. Posteriormente, foram consideradas as competências propostas do informe da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco).¹²

De acordo com o informe da Unesco elaborado pela Comissão Internacional sobre Educação, competências referem-se a um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que os indivíduos adquirem e desenvolvem ao longo da vida para lidar efetivamente com os desafios e demandas da sociedade contemporânea. Essas competências são consideradas essenciais para o pleno desenvolvimento humano, para a participação cidadã e para a empregabilidade em um mundo em constante mudança. São elas:

- Aprender a conhecer: refere-se à capacidade de adquirir conhecimentos, desenvolver pensamento crítico, habilidades de resolução de problemas e aprender a aprender. Envolve o desenvolvimento do pensamento criativo, do raciocínio lógico e da capacidade de buscar, analisar e sintetizar informações.
- Aprender a fazer: engloba a aquisição de habilidades práticas, técnicas e profissionais, bem como a capacidade de empreender, colaborar e trabalhar de forma produtiva. Envolve a compreensão dos processos de trabalho, a capacidade de lidar com tecnologias e ferramentas, e a habilidade de planejar, executar e avaliar tarefas e projetos.
- Aprender a conviver: refere-se à capacidade de interagir e conviver harmoniosamente com os outros, em um contexto de diversidade cultural, social e étnica. Envolve o desenvolvimento de habilidades de comunicação, empatia, respeito mútuo, cooperação e resolução pacífica de conflitos.
- Aprender a ser: diz respeito ao desenvolvimento integral da pessoa, considerando não apenas as habilidades cognitivas, mas também as emocionais, éticas e estéticas. Envolve a construção de uma identidade pessoal autônoma, a capacidade de tomar decisões informadas e responsáveis, e o desenvolvimento de valores

como a dignidade, a tolerância, a igualdade e a solidariedade.

Essas competências são consideradas fundamentais para promover uma educação de qualidade, que seja relevante, inclusiva e orientada para o desenvolvimento sustentável¹². Tais competências e habilidades foram investigadas com a utilização do relatório de experiência como instrumento de aprendizagem. Foi realizada uma leitura com profundidade, buscando agrupar o conteúdo conforme as competências e habilidades reportadas pelos estudantes nos relatórios de experiência. Por se tratar da descrição de experiências no formato de narrativas, e que não apresentavam dados pessoais sensíveis, dispensou-se a exigência de um comitê de ética.

Resultados e discussão

Foram considerados seis relatórios de experiências elaborados pelos alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Inicialmente, foram coletadas as informações de público-alvo, temática e objetivo da aplicação da técnica de roda de conversa dos relatórios (Quadro 1).

Quadro 1 – Público-alvo, temática da roda de conversa e objetivo.

Público-alvo	Temática/Objetivo
Gestantes	Parto humanizado/Empoderar as gestantes diante das questões do parto.
Usuários que fazem uso de medicamentos psicotrópicos	Estratégias de autocuidado no âmbito da saúde men-tal/Fomentar um grupo de saúde mental.
Usuários hipertensos e diabéticos	Condições crônicas/Discutir estratégias de controle da hipertensão arterial e diabetes.
Agentes Comunitários de Saúde	Acolhimento a população LGBTQIA+/ Saber o diferenciar identidade de gênero e orientação sexual.
Gestantes	Saúde bucal/ Desmitificar o atendimento odontológico como causador de risco para a gestante e o bebê
Gestantes	Saúde bucal/Aumentar a adesão ao pré-natal odontológico.

Fonte: Dos autores.

O público-alvo e as temáticas elencadas são usualmente priorizadas na técnica da roda de conversa. Essa técnica é frequentemente utilizada na Atenção Primária à Saúde em grupos de atividades educativas de promoção da saúde, voltadas para as condições crônicas mais prevalentes no território, e que demandam acompanhamento longitudinal.⁶

Em se tratando do *aprender a conhecer*, observou-se que a maioria dos relatos conceitua a técnica da roda de conversa, a partir dos estudos de Paulo Freire¹³. Seu referencial teórico-metodológico da Educação Popular conceitua as rodas de conversa na perspectiva da educação libertadora, como encontros que possibilitam a construção de novos saberes, a partir de um diálogo aberto, igualitário e de horizontalização de poderes.¹⁴

Também foi observado que apenas um relatório apresentou de forma clara proposições de habilidades, conhecimentos e atitudes a serem desenvolvidos pela técnica. Não foi observado o uso de roteiros pré-estabelecidos como os indicado pela literatura.¹⁰

Nos relatos das rodas de conversas com ênfase no *aprender a fazer*, observou-se que alguns momentos foram descritos, tais como: organização prévia do ambiente, acolhimento dos usuários, apresentação dos participantes, descrição de questões norteadoras e avaliação final do encontro. Apesar da identificação desses momentos que sistematizam a técnica, chama a atenção o perfil que caracterizou as rodas de conversa.

Segundo Sampaio et al. (2014)¹⁵ as rodas de conversas podem assumir um caráter mais informativo ou técnico, com predomínio do protagonismo do profissional. Há também a roda de conversa caracterizada por ser mais descritiva das experiências vividas, sem reflexões problematizadoras. Esses perfis de rodas de conversas aparentam proporcionar uma educação libertadora, apenas pelo fato de as pessoas falarem livremente, porém não proporcionam reflexões que levam à consciência crítica e autônoma.

Os alunos vivenciaram a condução de uma única roda de conversa, não sendo possível afirmar com propriedade as características dessa atividade. Ademais, as rodas não emergiram dos espaços populares, mas

sim por sugestão dos próprios alunos, sem pactuações prévias com os interessados sobre os temas abordados, devido ao tempo requerido pela disciplina. Essas questões podem ter sido refletidas nas características das rodas de conversas, afetando a problematização e ressignificação dos assuntos compartilhados. Há indícios, nos registros dos alunos, de um perfil de roda mais informativa, como evidenciado no trecho abaixo:

“As gestantes foram respondendo e expondo suas dúvidas; na oportunidade, aproveitamos para explicar a forma correta de escovação e a importância de manter as gengivas saudáveis, e a relação da gengivite com o parto prematuro.” – aluno 5

De maneira contrária, um relato mencionou o encontro como uma possibilidade de interação de ressignificação, uma vez que roda de conversa é um espaço de troca de experiências que têm a potencialidade de mudar práticas, auxiliar na formação de novas concepções a respeito do tema que está em debate, como também explicitar a diversidade de concepções presentes em um grupo e a aprendizagem de outras questões que, naquele momento, tenham sentido para os participantes¹⁵. O trecho abaixo revela essa ideia:

“Optamos em realizar uma dinâmica com a entrega de plaquinhas de mito e verdade. Nessa fase, eu, o dentista facilitador e uma acadêmica de enfermagem começamos a levantar os assuntos através de questionamentos de forma alternada: ora era relacionado à odontologia, ora à enfermagem. As gestantes se mostraram estar confortáveis e muito participativas. As mesmas eram incentivadas a problematizar a respeito da sua afirmação e de seu posicionamento, levantando suas experiências, conhecimentos, ideias, dúvidas e críticas.” – aluno 6

Outro aspecto interessante foi identificar, nos registros dos relatos de experiência, que a capacidade de facilitar a roda de conversa nem sempre é dominada pelo profissional de saúde. Saber ouvir e mediar a comunicação entre os pares constitui-se um desafio entre os alunos do mestrado, como exemplificado nos relatos abaixo:

“No dia da ação, estava ansioso para a roda de conversa acontecer e na expectativa se iria conseguir exercer o papel de facilitador de maneira correta. A minha preocupação era de não ser uma palestra e sim uma troca de saberes, ouvir mais as participantes do que falar.” – aluno 6

“Durante o desenvolver da roda, observo que alguns participantes gostam mais de falar, enquanto outros são mais tímidos; estimular os mais tímidos a falarem e controlar o tempo dos mais falante não foi tarefa muito fácil, porém os relatos foram ricos e bem proveitosos.” – aluno 2

Para Silva et al. (2021)¹⁶, as interações discursivas que se manifestam nas rodas de conversas são estimuladas pela abordagem comunicativa do mediador da técnica. Há movimentos que o condutor da roda realiza que influenciam no diálogo. O mediador gera questionamentos e cria um espaço para que os participantes exponham seu ponto de vista, e a partir disso, pode provocar outros questionamentos que problematizam as ideias iniciais apresentadas. Ainda, é um espaço para explicitar novas informações, sendo necessário expressar ideias de compreensão, confirmação, correção e síntese final das interações discursivas. Isto, de fato, demanda experiência e habilidades do condutor da roda.

Com relação ao *aprender a conviver*, as narrativas dos alunos demonstraram que a condução da técnica da roda de conversa exigiu competências culturais, ou seja, a capacidade de considerar os sujeitos e suas singularidades no universo social

e cultural. Isto também é requisitado no cotidiano dos profissionais da APS¹⁷, e podem ser melhor desenvolvidas nesse grupo de alunos que estão inseridos nesse cenário de atuação profissional. Os trechos abaixo revelam a percepção dos alunos sobre o uso dessas habilidades durante a aplicação as rodas de conversa:

“Através da roda é possível conhecer a realidade das pessoas, seus conhecimentos e experiências, com respeito mútuo às diversidades; afinal, os valores e saberes diferentes são comuns diante de uma diversidade de culturas, com autonomia em suas práticas, aprendizados. O ponto forte é o conhecimento produzido pelas discussões vivenciadas.” – aluno 1

“A roda de conversa se mostrou uma prática humanista, promovendo uma relação entre iguais, onde todos puderam se manifestar sem preconceitos ou julgamentos.” – aluno 4

Ao investigar o *aprender a ser*, um relato destacou a necessidade do profissional que está conduzindo a roda de conversa ser mais democrático nas relações do ensino-aprendizagem, e ter um olhar generalista e holístico para as necessidades dos usuários, conforme observa-se abaixo:

“[...] hoje eu não atuo em uma equipe de ESF; estou na gestão, porém, nas duas vivências sempre tinha comigo o modelo biomédico, da forma de “detentores do conhecimento” e prescritor de como o usuário deve cuidar da sua saúde...[...]... saber que as pessoas fazem parte de um universo que vai além das condições de saúde, mas que está atrelada a muitos outros fatores culturais e sociais, como alimentação, moradia, estrutura e relação familiar, recursos financeiros, educação, profissão, dentre

tantas outras e que nós, profissionais da Saúde, podemos contribuir muito mais com cada indivíduo [...].” – Aluno 3

Cabe destacar que a posição de facilitador de uma roda de conversa proporciona por si só um aprendizado. Quando o indivíduo se coloca como um educador nessa técnica, ele também é transformado pelo educando¹⁶. De forma geral, as rodas de conversa afetaram de forma positiva os alunos, e despertaram para a necessidade de aprimorar as competências e habilidades que envolvem o *aprender a conhecer* e o *aprender a fazer* da técnica.

Considerações finais

Neste artigo, foram apresentadas as competências percebidas por meio dos relatos de experiência dos alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família, para a realização de rodas de conversa.

As competências de *aprender a conhecer* e *aprender a fazer* devem ser aprimoradas, pois podem comprometer a efetividade das rodas de conversa como uma ferramenta de transformação social e promoção da saúde. A falta de habilidades na condução da técnica pode resultar em encontros distantes das necessidades reais dos usuários e pouco produtivos. Diante disso, é essencial que futuros estudos se dediquem a aprofundar a compreensão das competências necessárias para uma condução eficaz das rodas de conversa. É necessário investigar quais são as lacunas existentes na formação dos profissionais de saúde nesse sentido, bem como desenvolver estratégias de capacitação e aprimoramento profissional que fortaleçam essas competências. Esses apontamentos podem colaborar também com a formação *lato sensu* em Saúde da Família, contribuindo para as práticas dos profissionais e fortalecendo o SUS.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Referências

1. Azevêdo AVS, Silva MA, Reis TCM. Promoção da saúde no contexto das redes sociais significativas. *Nova perspect. sist.* 2019;28(63):55–66.
2. Carvalho F, Akerman M, Cohen S. A dimensão da atenção à saúde na Promoção da Saúde: apontamentos sobre a aproximação com o cuidado. *Saude soc.* 2022;31:e210529pt.
3. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta paul enferm.* 2019;32:186–93.
4. Raupp L, Conte M. Rodas de Redução de Danos RD: cadê você? *BIS, Boletim do Instituto de Saúde.* 2020;21(2):131–41.
5. Santos ELO, Kalckmann S, Borrego CCH, Sellinger NC, Imperato RR, Rosa TEC. Relato de experiência: travestis e transexuais em situação de rua e o processo de hormonioterapia pelo SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde.* 2021;22(1):111–7.
6. Pereira JJG, Neto JPB, Araújo LG, Coelho GC de A, Araújo JRV. Rodas de conversa educativas com gestantes no âmbito da atenção primária: um relato de experiência. *Research, Society and Development.* 2022;11(12):e101111234105–e101111234105.
7. Melgaço NPR, Mol LM, Couto CB, Heringer CA, Miranda MC, Duarte AC da S, et al. Promoção de hábitos saudáveis de vida para hipertensos usando grupos operativos, na atenção primária em saúde. *Brazilian Journal of Development.* 2021;7(3):24538–48.
8. Amorim LB, Santos MR, Santos JAM, Santos CP, Iochims FS, Ribeiro WA. A roda de conversa como instrumento de cuidado e promoção da saúde mental: percepção dos usuários dos CAPS. *Nursing.* 2020;23(263):3710–5.
9. Cruz LM, Coelho LA. Roda de conversa on-line: perspectivas e desafios da técnica. *Momento - Diálogos em Educação.* 2022;31(03):126–43.
10. Moura ABF, Lima MGSB. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. *Interfaces da educação.* 2015;5(15):24–35.
11. Teixeira CP, Gomes MQ, organizadores. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Turma Multiprofissional: manual do(a) mestrando(a). Recife: Fiocruz; 2022.
12. UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Educação: um tesouro a descobrir [internet]. Brasília; 2010 [acesso em 10 jun 2022]. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por

13. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática pedagógica*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
14. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
15. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador ADS. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(suppl 2):1299–311.
16. Silva RP, Bertoldo TAT, Wartha EJ. Padrões discursivos em rodas de conversa como estratégia de ensino. *Amazônia: Revista de Educação em Ciências e Matemáticas*. 2021;17(39):108–28.
17. Damasceno RF, Silva PLN da. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *Journal of Management & Primary Health Care*. 2018;9.

Análise dos prazos de oferta dos medicamentos incorporados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, entre 2012 e 2016

Analysis of supply deadlines for drugs incorporated in the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance between 2012 and 2016

Luciana Costa Xavier^I, Flavia Tavares Silva Elias^{II}

Resumo

Introdução: O acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é preconizado pelas políticas de assistência farmacêutica e de incorporação de tecnologias. Desde 2011, com a implantação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), o prazo máximo para oferta das tecnologias deve ser de até 180 dias, a partir da data de publicação da portaria de incorporação. **Objetivo:** analisar prazo da oferta dos medicamentos incorporados e alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) entre 2012 e 2016, abrangendo cinco anos de início da norma de incorporação. **Método:** foi realizado estudo analítico retrospectivo, utilizando-se bases de dados da APAC/SIA-SUS relativas às dispensações que ocorreram entre 2012 e 2017. O prazo de oferta foi definido como a data da primeira dispensação. **Resultados:** 1.198 registros de primeira dispensação foram computados entre 2012 a 2017, sendo que apenas 12% (n = 144/1.198) atenderam ao prazo estabelecido e a média de atraso daqueles que não cumpriram o prazo foi de 14 meses. **Conclusão:** O prazo médio ficou fora do limite estabelecido, evidenciando a necessidade de aprimoramento dos processos relacionados à oferta dos medicamentos incorporados, bem como reavaliação da regra estabelecida tendo em vista perfil apresentado e trâmites necessários relacionados aos processos de aquisição e dispensação.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Acesso a medicamentos; Avaliação de tecnologias em saúde.

Abstract

Introduction: Access to medicines in the Unified Health System (SUS) is recommended by policies for pharmaceutical care and the incorporation of technologies. Since 2011, with implementation of the National Commission for the Incorporation of Technologies in the SUS (Conitec), deadline to effective offering of the technologies incorporated is 180 days, counted from the date of publication of the incorporation ordinance. **Objective:** Analyze the effective offer of medicines incorporated and allocated in the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance between 2012 and 2016, covering five years from the beginning of the incorporation rule. **Method:** retrospective analytical study was developed, using databases from APAC/SIA-SUS related to drug dispensing that occurred between 2012 e 2017. The offer deadline was defined as the date of the first dispensing. **Results:** 1,198 records of the first dispensing were computed between 2012 e 2017, with only 12% (n = 144/1,198) achieved the deadline and the average delay of those who did not meet the deadline was 14 months. **Conclusion:** The deadline was outside the established limit, evidencing the need to improve the processes related to the supply of incorporated medicines, as well as reevaluate the established rule in view of the profile presented and necessary procedures related to the acquisition and dispensing processes.

Keywords: Pharmaceutical services; Access to medicines, Health technology assessment.

^I Luciana Costa Xavier (lucianacx@yahoo.com.br) Mestre em Políticas Públicas de Saúde, Analista Técnica de Políticas Sociais no Ministério da Saúde. Brasília/DF – Brasil, orcid.org/0000-0003-4426-5193

^{II} Flavia Tavares Silva Elias (flavia.elais@fiocruz.br) Doutora em Ciências, pesquisadora e professora na Fundação Oswaldo Cruz Brasília /DF – Brasil, orcid.org/0000-0002-7142-6266

Introdução

O acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é preconizado pelas políticas de assistência farmacêutica e de incorporação de tecnologias em saúde, cujo processo culmina com a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a publicação de diretrizes clínicas.¹

No âmbito do SUS, as ações em saúde estão alocadas na forma de blocos de financiamento, sendo que o financiamento da assistência farmacêutica é constituído por três componentes que integram o bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.^{2,3}

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) se apoia em linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde⁴, representando a oferta de um grupo de medicamentos destinados ao tratamento de doenças específicas que atingem usuários, os quais na maioria das vezes fazem tratamento por períodos prolongados. Entre os usuários atendidos estão: pessoas com transplantes, portadores de insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, epilepsia e esquizofrenia refratária, doenças genéticas como fibrose cística, doença de Gaucher, entre outros.⁵

Este componente apresentou crescimento de cerca de 33,4% do número de pacientes atendidos, saltando de 1,6 para 2,1 milhões entre 2012 e 2016⁶, e em termos financeiros, o aumento foi de cerca de 18%, passando de aproximadamente R\$ 5,6 bilhões para R\$ 6,6 bilhões no mesmo período.⁷

No arcabouço legal sobre a incorporação de medicamentos no SUS, destaca-se o Decreto nº 7.646/2011⁸ que estabelece o prazo máximo de até 180 dias, a partir da data da publicação em Diário Oficial da União (DOU) da portaria de incorporação, para efetivar a oferta do medicamento. Esse prazo envolve os trâmites operacionais de definição da responsabilidade de financiamento no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), negociação de preço, aquisição, distribuição e atualização ou elaboração do PCDT, além da dispensação até o paciente.

Apesar de o CEAF concentrar o maior número das incorporações de medicamentos no SUS, cujo perfil envolve medicamentos novos e por vezes caros, não há informações sistematizadas sobre o tempo transcorrido desde a incorporação de medicamentos neste componente até a dispensação e oferta efetiva para a população.^{9,10,11}

Neste contexto, em virtude da norma legal, objetivou-se analisar o prazo da oferta dos medicamentos incorporados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica entre 2012 e 2016, abrangendo cinco anos de início da norma de incorporação, e identificar fatores relacionados aos avanços e dificuldades dessa oferta.

Métodos

Realizou-se um estudo analítico retrospectivo, tendo como fonte de informação os registros da Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC/SIA-SUS) dos medicamentos alocados no elenco do CEAF, cuja publicação da Portaria de Incorporação no DOU tenha ocorrido entre 1/1/2012 e 31/12/2016, período eleito por representar os cinco anos de implementação da lei de incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS.

Foram incluídos todos os registros de APAC de primeira dispensação que ocorreram entre janeiro de 2012 e dezembro de 2017 (para ser possível verificar a oferta de medicamentos incorporados no final de 2016), considerando o número do procedimento dos medicamentos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e os códigos da CID-10 constantes no PCDT daquelas condições clínicas para as quais os medicamentos foram incorporados.

Foram excluídas informações relacionadas aos medicamentos incorporados no período de avaliação deste estudo e que foram alocados no grupo 3 (medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação – Componente Básico da Assistência Farmacêutica), uma vez que a dispensação de medicamentos do Componente Básico não está condicionada à sistemática da APAC.

Realizou-se a transferência/download de arquivos do tipo AM – APAC de Medicamentos – do SIA/SUS, por meio da versão 4.14 do TabWin, sendo tabulados no IBM SPSS Statistics 22. Foi construída uma base de dados no Excel®, que permitiu identificar o tempo transcorrido (em meses) entre a publicação da portaria de incorporação e o registro de primeira dispensação para cada apresentação dos medicamentos incorporados para determinada condição clínica e em cada unidade da federação, bem como o tempo transcorrido entre a publicação da portaria de incorporação e a assinatura do contrato de compra pelo Ministério da Saúde para os novos medicamentos incluídos no Grupo 1A do CEAF. Foi identificada também a magnitude do atraso, considerando a seguinte equação: (número de meses transcorridos entre a publicação da portaria de incorporação e o registro de primeira dispensação) – (seis, que corresponde ao número de meses equivalentes ao prazo de 180 dias estabelecido no Decreto nº 7.646/2011). Essas variáveis foram apresentadas por meio de média, mediana e desvio padrão.

Na base de dados, também foram atribuídas variáveis de interesse: a) Ano da publicação da portaria de incorporação no DOU; b) Classificação “Anatomical Therapeutic Chemical” (ATC); c) Tipo de incorporação: classificadas como ampliação de uso para outras condições clínicas diferentes daquelas já cobertas no SUS ou nova

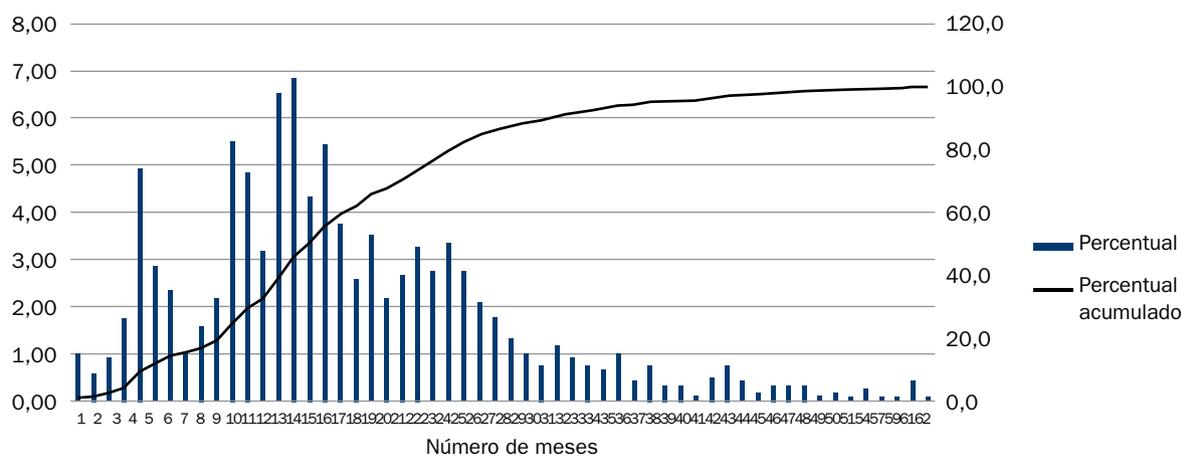
incorporação, sendo esta definida como a inclusão de medicamento que ainda não estava disponível no SUS; d) Grupo do CEAF; e) Região geográfica do país onde a dispensação ocorreu; f) Condição clínica para a qual o medicamento foi incorporado. Para testar as hipóteses, foram utilizados os testes Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância adotado de 1%. A data do primeiro registro de dispensação para cada unidade federativa é a mesma do atendimento na qual os pacientes começaram a ter acesso ao medicamento incorporado, sendo considerada a data de oferta efetiva.

Resultados

Entre 2012 e 2016, houve 60 incorporações de medicamentos que foram alocados no elenco do CEAF, sendo 18 em 2012, 5 em 2013, 8 em 2014, 15 em 2015 e 14 em 2016. Considerando os registros de APAC da dispensação desses medicamentos entre 2012 e 2017, foram computados 1.198 registros de primeira dispensação, dos quais apenas 12% (n=144/1.198) atenderam ao prazo estabelecido de 180 dias.

Em 50,3% dos registros, a primeira dispensação teve o prazo para oferta dos medicamentos incorporados de até 16 meses, sendo que em um registro de primeira dispensação, os medicamentos foram ofertados 62 meses após a publicação da decisão de incorporação, considerado o maior prazo encontrado neste estudo (Figura 1).

Figura 1: Distribuição percentual dos meses transcorridos entre a publicação da portaria de incorporação e os registros de primeira dispensação dos medicamentos incorporados, SUS, 2012 -2016.



Fonte: Própria, a partir dos dados do SIA/SUS.

Considerando apenas os casos nos quais o prazo de 180 dias estabelecido no Decreto nº 7.646/2011 não foi cumprido, a média e a mediana da magnitude do atraso foram de 14 e 12 meses, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição estatística da situação da oferta e do indicador de adequação dos medicamentos incorporados, SUS, 2012-2016.

Variáveis	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Meses transcorridos entre a publicação da portaria de incorporação e os registros de primeira dispensação.	1.198	18,37	16,00	10,39	1	62
Magnitude do atraso em meses (apenas para os casos nos quais o prazo de 180 dias estabelecido no Decreto nº 7.646/2011 não foi cumprido).	1.054	14,28	12,00	9,60	1	56
Meses transcorridos entre a publicação da portaria de incorporação e a assinatura do contrato de compra para os novos medicamentos incluídos no Grupo 1A.	376	7,71	6,00	6,00	1	24

Fonte: Própria, a partir dos dados do SIA/SUS.

De forma complementar, destaca-se que para atender aos trâmites legais de aquisição dos novos medicamentos inseridos no grupo 1A, o Ministério da Saúde gastou em média 7,7 meses (1-24, IC99%), sendo o prazo para cumprimento apenas desta etapa superior ao estabelecido no Decreto nº 7.646/2011 (Tabela 1).

Em relação ao ano da incorporação dos medicamentos, que tem como base a data da publicação da portaria de incorporação do DOU, observa-se que em 2016 houve maior percentual de atendimento ao prazo estabelecido para disponibilização dos medicamentos incorporados, alcançando 36,9% (n = 65/176) dos registros de primeira dispensação. Para os medicamentos incorporados nos anos de 2012 e 2014, nenhum registro de primeira dispensação atendeu ao prazo para oferta (Tabela 2).

Quanto aos grupos do CEAF (1A, 1B e 2), tendo em vista os registros de primeira dispensação avaliados, os achados mostraram que medicamentos financiados pelo governo federal (grupo 1A e 1B) tiveram maior percentual de cumprimento do prazo estabelecido no Decreto nº 7.646/2011, com 14,9%

(n = 103/691) e 13,0% (n = 38/293) respectivamente. Em relação aos medicamentos financiados e adquiridos pelas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal (grupo 2), o percentual de atendimento ao prazo legal ficou em torno de 1,41% (n = 3/214) (Tabela 2).

Sobre o tipo de incorporação, as análises mostraram que 89,5% (n = 572/639) dos registros de ampliação de uso e 86,2% (n = 482/559) de nova incorporação não atenderam ao prazo estabelecido no Decreto nº 7.646/2011 (Tabela 2), não havendo, possivelmente, influência dessas duas condições no atendimento ao prazo de 180 dias.

Em relação às regiões do país, verificou-se que o percentual de atendimento ao prazo de 180 dias aconteceu, em média, em apenas em 11,78% (8,6% -13,6%) dos registros de primeira dispensação (Tabela 2), sendo a Região Centro-Oeste a que apresentou menor percentual de atendimento ao prazo proposto (8,6%). O tipo de incorporação e a região geográfica não estavam associados ao cumprimento do prazo de oferta efetiva no SUS (Tabela 2).

Tabela 2- Fatores associados ao alcance do prazo de 180 dias para a oferta efetiva dos medicamentos incorporados, SUS, 2012-2016.

Prazo estabelecido de até 180 estabelecido no Decreto nº 7.646/2011 para oferta efetiva foi cumprido?				
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	Valor de p
Ano				<0,001
2012	447 (100%)	0 (0,0%)	447 (100%)	
2013	65 (82,3%)	14 (17,7%)	79 (100%)	
2014	39 (100%)	0 (0,0%)	39 (100%)	
2015	392 (85,8%)	65 (14,2%)	457 (100%)	
2016	111 (63,1%)	65 (36,9%)	176 (100%)	
Grupo do CEAF				<0,001
1A	588 (85,1%)	103 (14,9%)	691 (100%)	
1B	255 (87,0%)	38 (13,0%)	293 (100%)	
2	211 (98,6%)	3 (1,4%)	214 (100%)	
Tipo de incorporação				0,091
Ampliação de uso	572 (89,5%)	67 (10,5%)	639 (100%)	
Nova incorporação	482 (86,2%)	77 (13,8%)	559 (100%)	
Região				0,598
Centro-Oeste	170 (91,4%)	16 (8,6%)	186 (100%)	
Nordeste	334 (87,9%)	46 (12,1%)	380 (100%)	
Norte	184 (86,4%)	29 (13,6%)	213 (100%)	
Sudeste	202 (87,1%)	30 (12,3%)	232 (100%)	
Sul	164 (87,7%)	23 (12,3%)	187 (100%)	

Fonte: Própria, a partir dos dados do SIA/SUS.

Legenda: CEAF- Componente especializado da assistência farmacêutica.

Quanto à classificação Anatômica Terapêutico Química (ATC) dos medicamentos incorporados e alocados no elenco do CEAF no período do estudo, observou-se que o percentual de cumprimento do prazo

estabelecido de 180 dias variava de 0% a 77,3% (o caso da interferonas), sendo que nenhuma classe apresentou a totalidade dos registros de primeira dispensação com atendimento ao prazo preconizado (Tabela 3).

Tabela 3: Percentual de registros de primeira dispensação que conseguiram atender ao prazo estabelecido no Decreto nº 7.646/2011, segundo classificação ATC, princípio ativo e apresentação do medicamento e condição clínica, SUS, 2012-2016.

Classificação ATC	Medicamentos	Condição clínica para as quais os medicamentos foram incorporados	Percentual de registros de primeira dispensação que conseguiram atender ao prazo de 180 dias estabelecido no Decreto nº 7.646/2011.
Anti-hipertensivos para hipertensão arterial pulmonar	Ambrisentana 5 mg (por comprimido revestido)	Hipertensão arterial pulmonar	16,40%
	Ambrisentana 10 mg (por comprimido revestido)		
	Bosentana 62,5 mg (por comprimido revestido)		
	Bosentana 125 mg (por comprimido revestido)		
Outros antipsicóticos	Risperidona 1,0 mg/ml (solução oral)	Transtorno do espectro do autismo	18,60%
	Risperidona 1 mg (por comprimido)	Transtorno do espectro do autismo e transtorno afetivo bipolar	
	Risperidona 2 mg (por comprimido)		
	Risperidona 3 mg (por comprimido)		
Outros imunossupressores	Metotrexato 25 mg/mL injetável (por ampola de 2 mL)	Psoríase	25,00%
Antivirais para tratamento de infecções por HCV	Boceprevir 200 mg	Hepatite Crônica C	44,8%
	Telaprevir 375 mg		
	Daclatasvir 30 mg (por comprimido)		
	Daclatasvir 60 mg (por comprimido)		
	Sofosbuvir 400 mg (comprimido revestido)		
	Simeprevir 150 mg (por cápsula)		
Nucleosídeo e nucleotídeo, Inibidor da transcriptase reversa	Entecavir 0,5 mg (por comprimido)	Hepatite B	72,40%
	Entecavir 1,0 mg (por comprimido)		
	Tenofovir 300 mg (por comprimido)		
Interferonas	Alfapeginterferona 2a 180 mcg (por seringa preenchida)	Hepatite B	77,30%

Fonte: Própria, a partir dos dados do SIA/SUS.

Ao comparar as condições clínicas para as quais os medicamentos foram incorporados no período de 2012 a 2016, verificou-se que as hepatites virais obtiveram o maior percentual de registros de primeira dispensação no prazo preconizado de 180 dias, com

74,5% (n = 38/51) e 40,4% (n = 65/161) para hepatite B e hepatite crônica C, respectivamente. Outras condições clínicas com alguns registros de dispensação no prazo foram transtornos do espectro autista, hipertensão arterial pulmonar e psoríase (Tabela 4).

Tabela 4 - Condição clínica dos registros de primeira dispensação dos medicamentos incorporados, SUS, 2012-2016.

Prazo estabelecido no Decreto nº 7646/2011 foi cumprido?				
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	Valor de p
Condição clínica para a qual o medicamento foi incorporado				
Hepatite B	13 (25,5%)	38 (74,5%)	51 (100%)	<0,001
Hepatite crônica C	96 (59,6%)	65 (40,4%)	161 (100%)	
Transtorno do espectro do autismo	63 (70,0%)	27 (30,0%)	90 (100%)	
Hipertensão arterial pulmonar	56 (83,6%)	11 (16,4%)	67 (100%)	
Psoríase	26 (89,7%)	3 (10,3%)	29 (100%)	
Acromegalia	44 (100%)	0 (0,0%)	44 (100%)	
Artrite psoríaca	14 (100%)	0 (0,0%)	14 (100%)	
Artrite reumatoide	150 (100%)	0 (0,0%)	150 (100%)	
Distúrbio mineral osseo	41 (100%)	0 (0,0%)	41 (100%)	
Doença pulmonar obstrutiva crônica	118 (100%)	0 (0,0%)	118 (100%)	
Esclerose múltipla	24 (100%)	0 (0,0%)	24 (100%)	
Esclerose sistêmica	25 (100%)	0 (0,0%)	25 (100%)	
Espondilite anquilosante	37 (100%)	0 (0,0%)	37 (100%)	
Imunossupressão em transplante hepático	25 (100%)	0 (0,0%)	25 (100%)	
Imunossupressão em transplante renal	16 (100%)	0 (0,0%)	16 (100%)	
Síndrome nefrótica primária	35 (100%)	0 (0,0%)	35 (100%)	
Transtorno afetivo bipolar	271 (100%)	0(0,0%)	271 (100%)	

Fonte: Própria, a partir dos dados do SIA/SUS.

Legenda: CEAF- Componente especializado da assistência farmacêutica.

Não foram encontrados no SIA/SUS registros de dispensação no período do estudo dos seguintes medicamentos: biotina; hidroxiureia; hidrocortisona (comprimidos de 10 mg e 20 mg); everolimo, sirolimo e tacrolimo, para imunossupressão no transplante cardíaco e pulmonar; tobramicina inalatória; rivastigmina transdérmica; e clozapina, para o tratamento de doença de Parkinson.

Discussão

Os resultados do presente estudo mostram o percentual de registros de primeira dispensação dos medicamentos incorporados no SUS entre 2012 e 2016 e alocados no CEAF que atenderam ao prazo estabelecido de 180 dias para provisão. Observou-se que a magnitude média do atraso foi de 14 meses, e que os medicamentos para hepatites virais obtiveram maior percentual de registro de dispensação dentro do prazo. Também mostraram que no decorrer dos anos, o percentual de oferta dos medicamentos incorporados e alocados no CEAF foi aumentando.

Os dados apresentados não traduzem o número de pacientes atendidos, mas referem-se ao somatório dos registros de primeira dispensação de cada medicamento, por apresentação e por unidade federativa, mostrando um perfil da oferta dos medicamentos no período estudado.

As condições clínicas de indicação dos medicamentos incorporados que apresentaram parte dos primeiros registros de dispensação, de acordo com o prazo de 180 dias estabelecido no Decreto nº 7.646/2011, foram hepatites virais, transtornos do espectro autista, hipertensão arterial pulmonar e psoríase. Tais condições clínicas apresentam relevância, tanto porque envolvem pacientes organizados para pressionar a entrada de novas alternativas terapêuticas, como envolvem prevalência e transmissibilidade, como é o caso das hepatites virais.^{12,13}

Em relação ao ano de publicação da portaria de incorporação, tendo em vista a série histórica estudada, verificou-se que em 2016 houve maior percentual de atendimento no prazo legal, com base nos registros de primeira dispensação analisados, sugerindo que

processos tenham sido aprimorados, com maior interação entre as regras de incorporação e os trâmites operacionais da assistência farmacêutica.

As regiões geográficas não foram associadas ao cumprimento do prazo legal estabelecido; sendo assim, não há diferenças estatisticamente significativas entre as regiões do país. Tal achado vai ao encontro de estudo publicado por Álvares et al. (2017), que avaliou o acesso a medicamentos na atenção primária no SUS e também não observou diferenças estatisticamente significativas entre as regiões do país no acesso aos medicamentos.¹⁴

Os achados mostraram que houve diferença entre os grupos do CEAF, ou seja, os medicamentos financiados pelo governo federal (grupo 1A e 1B) tiveram maior percentual de cumprimento do prazo estabelecido no Decreto nº 7.646/2011, diferentemente do percentual que foi encontrado para os medicamentos financiados e adquiridos pelas secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal (grupo 2). Tal situação pode ser explicada pelo emprego das estratégias de aquisição adotadas, à época, pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde para viabilizar tais incorporações no SUS e garantir o acesso, conforme apontado por Alexandre et al. (2015).¹⁵

Entretanto, apesar de os medicamentos de compra centralizada apresentarem maior percentual de atendimento ao prazo legal estabelecido para oferta efetiva, esse percentual é considerado baixo, podendo estar relacionado a possíveis deficiências na cadeia logística dos medicamentos.¹⁶

Levando-se em conta que a disponibilidade é uma dimensão do acesso¹⁷, o cumprimento do prazo para oferta efetiva dos medicamentos incorporados em apenas 12% dos registros de primeira dispensação analisados neste estudo pode estar relacionado a não disponibilização dos medicamentos em tempo oportuno e em quantidade adequada para atender às necessidades dos usuários do SUS. Essa disponibilidade depende de diferentes etapas, que estão sob responsabilidade tanto das áreas internas ao Ministério da Saúde, como das secretarias estaduais e municipais de saúde.

O não cumprimento do prazo de 180 dias para oferta dos medicamentos incorporados no SUS pode estar relacionado a aspectos operacionais da assistência farmacêutica no âmbito da sua gestão, como também de pactuação de responsabilidades da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), da publicação da versão final dos PCDT pelo Ministério da Saúde e da finalização dos processos de aquisição, com consequente distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde designadas pelos gestores.

Em relação aos procedimentos exigidos para a execução do CEAF, também são apontados o incorreto preenchimento do instrumento administrativo e documentação obrigatória incompleta, resultando em devoluções de processos, indeferimentos e atrasos na resolutividade do serviço, e também na dificuldade de acesso aos medicamentos pelos pacientes.¹⁸

O presente estudo que discute diferentes barreiras para a oferta de medicamentos segundo o prazo legal vigente no país, apresenta algumas limitações que se referem ao uso de dados secundários provenientes de bancos de dados administrativos; o fato de a unidade de análise não ter sido o paciente, e sim os registros de primeira dispensação; e o fato de algumas variáveis que possam influenciar o alcance dos prazos não terem sido computadas por falta de informação sistematizada, como por exemplo, o tempo transcorrido entre a publicação da portaria de incorporação e a pactuação da responsabilidade de financiamento.

Em que pesem algumas limitações, os achados deste estudo apontam para a necessidade de aprimoramento dos processos e das atividades relacionadas à oferta dos medicamentos incorporados, indicando também realinhamento das regras estabelecidas para oferta efetiva dos medicamentos incorporados, considerando todas as etapas de implementação e execução do CEAF.

No entanto, mesmo com os avanços na incorporação de tecnologias e na assistência farmacêutica, principalmente em termos de evolução orçamentária e número de medicamentos que integram a Rename, algumas barreiras comprometem o acesso da população aos medicamentos no prazo proposto pela legislação vigente.

Conclusão

A oferta efetiva, de acordo com a legislação vigente, dos medicamentos incorporados no SUS entre 2012 e 2016 e alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, ocorreu em apenas 12% dos registros analisados, cuja média de atraso foi de 14 meses. Tal percentual aumentou para cerca de 36% em 2016. Embora haja uma curva positiva que possa refletir aprendizado institucional com a implantação das normas, observou-se ainda fragilidades na garantia do direito à saúde, principalmente no acesso a medicamentos e serviços de saúde no âmbito do SUS.

A dificuldade de acesso aos medicamentos pela não disponibilização em prazo condizente com a legislação permanece como um desafio para o SUS. Tais dificuldades podem comprometer o tratamento clínico, prejudicando pacientes, implicar em aumento dos gastos com consultas especializadas e internações, e por fim, comprometer a credibilidade do sistema público de saúde.

As implicações práticas para a política de assistência farmacêutica e para a gestão da incorporação de tecnologias consistem em aperfeiçoamento nas etapas sob responsabilidade das áreas internas ao Ministério da Saúde, como das secretarias estaduais e municipais de saúde. Também propõe-se reavaliar a regra estabelecida, tendo em vista o perfil apresentado e os trâmites necessários para a oferta efetiva, como pactuação da responsabilidade de financiamento no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, elaboração e publicação de PCDT, execução legal dos processos de aquisição, processo de distribuição e dispensação aos pacientes.

Agradecimentos

À Karen Cristine Tonini e Marta da Cunha Lobo Souto Maior pelo apoio na obtenção dos dados.

Autoras

Luciana C. Xavier e Flávia Tavares S. Elias participaram da concepção do estudo, LCX da coleta e sistematização de dados, LCX e FTSE da redação da primeira versão do artigo, LCX e FTSE da análise, interpretação e discussão dos dados, e LCX, FTSE das revisões e aprovação do artigo.

Declaração de conflitos de interesse:

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Brasil. Lei no 12.401, de 28 de abril de 2011 – altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. 1990. [acesso em: 27 jun 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 3 out 2017; Seção 1: 569.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS no 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS no 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos. Diário Oficial da União 28 dez 2017; Seção 1. 2017.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 3 out 2017; Seção 1: 61. 2017.
5. CONASS. Conselho Nacional de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. 1a edição. Brasília; 2007.
6. Ferré F. Relatório técnico contendo descrição da validação do processo de Extração, Transformação e Carga de registros de dispensação de medicamentos regidos por Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica contidos Sala Aberta de Inteligência em Saúde - Sabeis [Internet]. 2022 [acesso em 23 de junho de 2023]. Disponível em: <https://rpubs.com/sabeis/etl>
7. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016. Rio de Janeiro: Ipea. [Internet]. 2018. [acesso em 23 de junho de 2023]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf
8. Brasil. Decreto no 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2011. [acesso em: 27 jun 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Componente especializado da assistência farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.
10. Lima-Dellamora EC, Osorio-de-Castro CGS, Madruga LGSL, Azeredo TB. Utilização de registros de dispensação de medicamentos na mensuração da adesão: revisão crítica da literatura. Cad Saude Publica 2017; 33(3):e00136216. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000302001&lng=pt&tlng=pt
11. Rover MRM, Vargas-Pelaez CM, Farias MR, Leite SN. Acesso a medicamentos de alto preço em Brasil: la perspectiva de médicos, farmacêuticos y usuarios. Gaceta Sanitaria 2016; 30(2):110-116. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911115002514>
12. Caetano R, Silva RM da, Pedro ÉM, Oliveira IAG de, Biz AN, Santana P. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2017. [acesso em: 21 jan 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802513&lng=pt&tlng=pt
13. Santana RS, Lupatini EO, Leite SN. Registro e incorporação de tecnologias no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza? Ciência e Saúde Coletiva. 2017;22(5):1417-28.
14. Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BO, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública 2017; 51(Supl. 2): 20s.
15. Alexandre RF, Domingues PHF, Bastos E de A, Schneiders RE, Nascimento Júnior JM. Acesso aos medicamentos incorporados no SUS: estratégias para garantia da sustentabilidade econômica. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015;6(Suplemento 4):3338–53.
16. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Júnior AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública 2017; 51 Suppl 2:10s.
17. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M. Poverty and access to health care in developing countries. Annals of the New York Academy of Sciences. 2008;1136(1):161–71.
18. Silva AAS, Costa SMC. A descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica na 15ª região de saúde do estado do Ceará. RBFHSS 2015; 6(1):37-40

O residente multiprofissional e sua atuação segundo equipes da Atenção Primária à Saúde do Município de Campinas - SP

The multiprofessional resident and its performance according to Primary Health Care Teams in the Municipality of Campinas - SP

Samira Pereira Magalotti^I, Mônica Martins de Oliveira Viana^{II}

Resumo

O estudo objetivou descrever e analisar a percepção dos trabalhadores de quatro unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Campinas sobre o papel dos residentes e suas possibilidades de atuação, com base no referencial do Apoio Paideia. As unidades selecionadas foram as pioneiras na participação do Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se de estudo qualitativo, com entrevista de sete profissionais dos centros de saúde selecionados. Os resultados indicam que os profissionais valorizam as contribuições dos residentes, mas foram encontradas lacunas na construção de competências de cuidado e gestão compartilhada, fragilidade na pactuação das atividades, desconhecimento das formas de avaliação dos residentes e enfraquecimento dos projetos terapêuticos compartilhados. Além disso, o trabalho na lógica do Apoio Matricial enfrenta resistência por parte das equipes. Destacou-se a necessidade de ampliar o debate sobre o Apoio Matricial e as potencialidades dos residentes multiprofissionais, alinhando suas atuações com as recomendações deste referencial.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Apoio Paideia; Residência Multiprofissional em Saúde.

Abstract

The study aimed to describe and analyze the perception of workers from 4 Primary Care health units in the city of Campinas about the role of residents and their possibilities of action, based on the Paideia Support framework. The selected units were the pioneers in participating in the Multiprofessional Residency Program of the Municipal Health Department. This is a qualitative study, with interviews with 7 Health Center workers. The results showed that professionals recognize the residents' contributions, but showed gaps in the construction of shared care and management skills, lack of agreement on activities, lack of knowledge of residents' assessment methods and weakening of shared therapeutic projects. In addition, work in the Matrix Support logic faces resistance from the teams. The need to broaden the debate on Matrix Support and the potential of multidisciplinary residents, aligning their actions with the reference recommendations, was highlighted.

Keywords: Primary Health Care; Paideia support; Multiprofessional Residency in Health.

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹ em 1988, foram implementadas diversas políticas e diretrizes, como a Lei de Diretrizes e Bases da

Educação Nacional², as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde³, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o Programa Mais Médicos⁴, buscando aproximar universidades e instituições de saúde.

No contexto da saúde, a integração ensino-serviço (IES) destaca-se pela sua importância na formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) e no aprimoramento da assistência à população. A IES refere-se à articulação entre universidades e serviços

^I Samira Pereira Magalotti (samirapmagalotti@gmail.com.br), Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Mestrado Profissional - Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, da Unicamp; Apoio Técnico do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, SP

^{II} Mônica Martins de Oliveira Viana (monica.viana@isaude.sp.gov.br), Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora Científica PqC-III, Docente do Programa de Mestrado Profissional de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

de saúde, visando à compreensão das necessidades da comunidade e à qualificação da formação profissional.^{5,6}

Essa integração promove um trabalho coletivo entre estudantes, professores, profissionais e gestores do SUS, com o objetivo de aprimorar a formação e a assistência, considerando a complexidade do sistema de saúde. Ela supera a visão tradicional e fragmentada do trabalho em saúde, ampliando a visão dos estudantes para a integralidade dos sujeitos inseridos no contexto social, não apenas focando na doença e na cura.⁷

Aproximar a prática assistencial das ações dos serviços de saúde com a população é crucial para a formação dos alunos, indo além dos requisitos da grade curricular. Os serviços tornam-se locais de aprendizado prático e reflexão, promovendo mudanças necessárias para a integração entre ensino e serviço, e eficiência na assistência em saúde.⁷

A Política de Integração Ensino-Serviço (PIES)⁸ em Campinas segue as diretrizes do SUS e busca formar profissionais adequados às necessidades da população. O COAPES⁹ é apontado como um instrumento para fortalecer a integração ensino-serviço, estabelecendo uma pactuação formal de corresponsabilidade entre universidades e serviços de saúde.

Programas de qualificação profissional como o Pró-Saúde e o PET-Saúde¹⁰ são incentivados pelo governo brasileiro para aproximar ensino e assistência, fortalecendo a perspectiva da integração ensino-serviço-comunidade.

A concretização da IES depende de acordos e envolvimento dos gestores, sendo necessário construir ou fortalecer políticas institucionais para assegurar a integração entre ensino e serviço, a formação pedagógica em saúde e superar desafios, como a motivação na organização dos campos de estágio. A integração ensino-serviço-comunidade é vista como uma estratégia importante para promover mudanças na formação e atuação dos profissionais de saúde, melhorando a qualidade dos serviços oferecidos à comunidade.¹¹

O programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família na cidade de Campinas é coordenado pela PIES, vinculada ao Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) da

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e ao Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)¹². Seu objetivo geral é a formação profissional em saúde, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Ele oferece vagas para dez áreas profissionais, incluindo enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos, dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.¹³

A formação dos residentes ocorre nos cenários da APS, com destaque para as equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF). O programa adota metodologias ativas de ensino e aprendizagem, com ênfase na interdisciplinaridade e no ensino interprofissional.¹³

O currículo do programa abrange as dimensões da Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação e Produção de Conhecimento em Saúde. Os residentes têm uma carga horária total de 5.760 horas, dividida em atividades teóricas e práticas.¹³

Embora o programa esteja baseado na Clínica Ampliada e na Gestão da Clínica, percebe-se que, na prática, a interdisciplinaridade nem sempre é plenamente satisfeita. Destaca-se a necessidade de fortalecer a interação das equipes da APS e NASF guiada pela interdisciplinaridade.

O projeto pedagógico do programa foi aprovado pelo COREMU em maio de 2022¹³, e as atividades dos residentes foram pactuadas e desenvolvidas de forma intuitiva antes disso, o que pode ter influenciado na definição do papel dos residentes nas unidades de saúde após a divulgação do projeto pedagógico. No projeto aprovado, cita-se a intencionalidade de que os residentes exerçam suas atividades de modo integrado às equipes NASF do município, porém não se faz menção ao Apoio Matricial como referencial.

No contexto da integração entre ensino e serviço na área da saúde no Brasil, com ênfase na relação entre os residentes multiprofissionais e as equipes de saúde, considerando a hipótese de que a Teoria Paideia pode representar um arcabouço de fortalecimento da integração, a pesquisa teve como objetivo

entender como está organizada a relação entre os residentes multiprofissionais e as equipes de saúde em Campinas, propondo o uso do Apoio Paideia como referencial teórico.

O Apoio Matricial é uma metodologia para diminuir o cuidado fragmentado, promovendo o cuidado colaborativo entre diferentes equipes de saúde. Foi incorporado como principal sustentáculo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja função primordial consiste em apoiar as Equipes de Saúde da Família (eSF) para ampliar suas ações e resolutividade, promovendo a troca de conhecimentos entre os profissionais.^{14,15}

Sendo o NASF o principal cenário de prática dos residentes multiprofissionais, o apoio matricial surge como uma referência possível para a formação multiprofissional dos residentes, destacando sua importância, da democratização das instituições e da participação na gestão.

Considerando a complexidade inerente às questões da Integração Ensino em Serviço na APS, a história das residências em saúde e a conformação da Residência Multiprofissional em Saúde no município de Campinas, justifica-se o interesse em aprofundar as discussões sobre a organização do processo de trabalho e da relação estabelecida entre os residentes e as eSF, sobretudo quando se percebe que o referencial do Apoio Matricial lhe seria útil para a vinculação democrática entre as equipes. No entanto, nota-se a falta de clareza e de ênfase neste referencial ao longo do documento norteador do programa.

O estudo objetivou analisar as percepções dos trabalhadores das unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Campinas, acerca do papel dos residentes e suas possibilidades de atuação segundo o referencial do Apoio Paideia.

Metodologia

Como campo de estudo, escolheu-se os quatro centros de saúde pioneiros no Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Foi realizado estudo de cunho qualitativo,

com entrevistas semiestruturadas de sete profissionais da APS, respeitando as recomendações para controle da covid-19. Os participantes foram selecionados mediante a aplicação de um questionário prévio, e priorizou aqueles que referiram maior tempo de convivência com residentes multiprofissionais e diversidade de opiniões sobre a relevância da participação dos residentes no trabalho da APS. As entrevistas foram gravadas e transcritas. E, para a análise dos dados produzidos, empregou-se análise de conteúdo, na modalidade Análise Temática.

Em todas as etapas da pesquisa foram cumpridas todas as recomendações éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Res. 510/2012, com aprovação do Comitê de Ética da FCM (CAAE:40707020.4.0000.5404) e do município participante (Autorização 032/2020).

Resultados e Discussão

A trajetória do NASF em Campinas é marcada por desafios para sua implementação nos contextos político, social e epidemiológico, como representado na fala da entrevista 4:

“Nós tivemos um problema com o NASF por causa disso. O NASF chegou já entrando, chegaram, ninguém apresentou, a equipe rejeitou e hoje ainda o conselho rejeita o NASF, mas está engatinhando de novo.” (Entrevista 4).

Apesar disto, os resultados mostram o reconhecimento dos profissionais acerca da relevância das contribuições dos residentes. O Programa da Residência Multiprofissional foi avaliado como positivo por todos os entrevistados, de modo a ampliar a oferta de serviços na APS. Também foram destacadas as iniciativas de integração dos residentes às equipes por meio do atendimento às demandas reprimidas. Contudo, alguns dos entrevistados fizeram a ressalva de que o envolvimento dos residentes na criação de vínculos tanto com os usuários como com a equipe de trabalho

parece depender de uma iniciativa pessoal do residente ou de características da personalidade do estudante, o que compromete, a seu ver, a qualidade da integração.

“Quando o residente é proativo, ele veste a camisa do centro de saúde, que ele quer fazer parte, aí faz uma grande diferença para dentro do centro de saúde, porque ele traz coisas novas, traz vivências novas, ele completa o atendimento do paciente como um todo.” (Entrevista 3).

De acordo com Rodrigues¹⁶, o papel do residente pode ser confundido com o de um membro da equipe, especialmente em equipes que não possuem todas as áreas profissionais representadas. Embora a presença do residente possa enriquecer a interação entre as equipes, estimular a reflexão e trazer novos participantes, isso também requer uma reestruturação, aprendizado e nova integração por parte de todos. Como resultado, o enfoque pode ser mais na realização de tarefas do que na formação, e o residente pode ser visto como uma forma de suprir a falta de uma determinada área profissional e atender às demandas dos serviços, em vez de ser uma oportunidade de formação. O residente pode ser visto como mão de obra extra para atender à demanda, preencher vagas abertas e aliviar o sistema.

Observou-se o mesmo no presente estudo. Os trabalhadores entrevistados referiram a resolutividade como uma característica essencial para o residente multiprofissional. As categorias consideradas especialistas, principalmente aquelas que não existem na realidade das unidades de saúde inseridas como campo de pesquisa, passam a atender a uma demanda que antes era restrita às especialidades, ou seja, à Atenção Secundária. Desta forma, os trabalhadores entrevistados enfatizam a importância dos residentes para ampliar a assistência ao usuário que anteriormente deveria aguardar vaga para atendimento na especialidade e hoje está sendo atendido na unidade de saúde de referência pelos residentes multiprofissionais.

“Essa demanda enorme que enfrentamos com os profissionais que já existem, então quando se pensa em mais profissionais a gente já pensa em atender mais demandas e deixar o serviço mais leve e organizado (...) Aqui temos uma necessidade muito grande, então a vinda deles foi muito boa tanto pra equipe quanto pros pacientes, ampliou bem o leque [de especialidades].” (Entrevista 5).

De todo modo, a presença do residente multiprofissional na equipe NASF emerge nas falas como algo que fortalece a equipe, aumenta a resolutividade e amplia a produção de saúde do usuário na APS com o aumento da oferta de atendimento individual programado e espontâneo. Contudo, a discussão dos casos com a equipe de saúde da família parece ainda restrita.

“Os usuários vêm, passam na triagem, na recepção, passam no acolhimento de enfermagem da equipe, expõem sua queixa, sua demanda. O profissional identifica quem do NASF poderia atender. Passa o caso pro profissional do NASF e o profissional do NASF chama pra atender e dar seguimento no atendimento.” (Entrevista 7).

A construção de projetos terapêuticos durante as reuniões de eSF com residentes multiprofissionais, assim como os atendimentos compartilhados, atividades coletivas, visitas domiciliares e a educação permanente poderiam ajudar a desfazer a lógica tradicional dos sistemas de saúde e a fragmentação da formação dos residentes. Isso seria o recomendado para as equipes de residentes multiprofissionais na dinâmica do Apoio Paideia, mas, nas entrevistas, foi pontuado que nem sempre isso ocorre; e que os espaços de matriciamentos ficam restritos a grupos e reuniões de equipe.

Os entrevistados referiram que a pandemia pelo novo coronavírus teve um grande impacto no

processo de trabalho dentro das unidades, ocasionando a interrupção de atividades mais coletivas, como as reuniões de equipe e o cancelamento dos grupos de educação em saúde. Isso impactou negativamente na participação dos residentes em atividades de compartilhamento de práticas, que já ocupavam a menor parte da carga horária dos centros de saúde.

Considerações finais

Os dados concordaram em relação à autonomia dos residentes, ao caráter intuitivo das atividades a serem desenvolvidas no campo de prática, à falta de pactuação de atividades e ao desconhecimento das formas de avaliação dos residentes. As equipes aproximam-se dos residentes durante as reuniões, atendimento compartilhado, atividades coletivas, visitas domiciliares, atividades de educação permanente em saúde e na qualificação e facilidade de acesso às especialidades. E distanciam-se deles quando centralizam suas atividades nucleares, fragmentam o cuidado e não transitam nas atividades do campo de saber propiciado no cenário da APS.

Aponta-se como frágil a atuação do residente como equipe NASF, cuja aceitação parece limitada entre as equipes de APS. Entende-se que o Apoio Matricial não está posto como uma política prioritária do município de Campinas. É usado conforme o interesse das pessoas e da instituição e enfrenta resistência por parte dos trabalhadores. Nesse sentido, enfraquece-se a possibilidade de atuação dos residentes nesse referencial. Mesmo no projeto pedagógico da residência multiprofissional do município de Campinas, não encontramos o Apoio Matricial como metodologia. Porém, encontramos o NASF como referencial para o programa, e este deveria estar pautado, metodologicamente, no Apoio Matricial.

Conflito de interesses

Nada a declarar.

Referências

1. 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 [internet]. 1990 [acesso em 19 jan 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
2. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases para Educação Nacional [internet]. Brasília, 1996 [acesso em 19 jan 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm.
3. Brasil. Parecer CNE/CES nº 583/2001, aprovado em 4 de abril de 2001. Orientação para as diretrizes curriculares dos Cursos de Graduação [internet]. 2001 [acesso em 19 jan 2021]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>.
4. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [internet]. Brasília (DF); 2013 [acesso em 19 dez 202]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm.
5. Khalaf DK, Reibnitz KS, Vendruscolo C, Lima MM, Oliveira VBCA, Correa AB. Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas. Rev Enferm UFSM [internet]. 2019; [acesso em 19 dez 2022]:1-20. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769231464>
6. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. Rev. bras. educ. méd. 2008;32(3):356-362.
7. Araújo EPS, Cruz PJSC, Alencar IC, Carneiro DGB. Educação popular no processo de integração ensino serviço e comunidade: reflexões com base em experiências na extensão. Rev APS. 2015;18(4):447-55.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 21 ago 2007.
9. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Educação (BR). Portaria interministerial nº 1.124, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizacionais de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Diário Oficial da União. 05 ago 2015. Seção 1:193-196.
10. Conceição MR, et al. Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). 2015;19(suppl.1):845-855.

11. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-1410.

12. Prefeitura Municipal de Campinas (SP). Termo de Convênio para o desenvolvimento das ações relativas à Política de Integração Ensino Serviço, na abrangência do SUS Campinas [internet]. 2018 [acesso em 20 abr 2022]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/uploads/pdf/SEIPMC%20%200991424%20%20Convenio%2009de2018.pdf>.

13. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP). Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Saúde da Família [internet]. 2021 [acesso em 20 abr 2022]. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/residencia_multiprofissional_AB/index.htm.

14. Secretaria Municipal de Campinas (SP). Programa Paidéia, Saúde da Família: 2001-2004. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.

15. Oliveira MM. Apoio Matricial na atenção básica de campinas: formação e prática [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP; 2014.

16. Rodrigues TF. Residências multiprofissionais em Saúde: formação ou trabalho? *Serv. Soc. Saúde*. 2016; 15 (1).

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de 500 exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina I, II e III, Ciências Ambientais, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Odontologia e Psicologia.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total dessa publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos para publicação deverão ser enviados antes da submissão. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com três palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, e ter entre 15 mil e 25 mil caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados em arquivos separados (JPG), em alta resolução.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo

e instituição à qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser numeradas seguindo a ordem de citação, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da Resolução CNS 466/2012 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas ad hoc, a cada edição, de acordo com a sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a Bireme, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

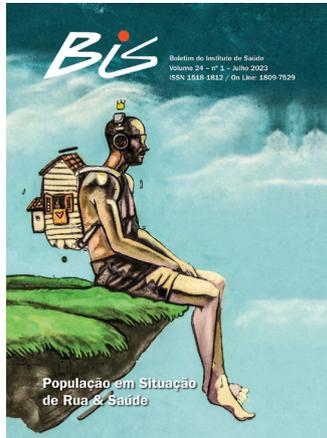
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

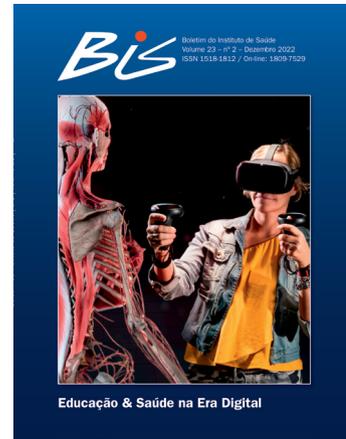
BIS - números já editados



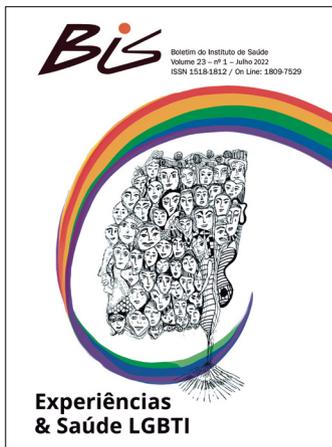
(v. 24 - Edição Especial) / 2023
SUS São Paulo 35 Anos



(v. 24 - nº 1) / 2023
População em Situação
de Rua & Saúde



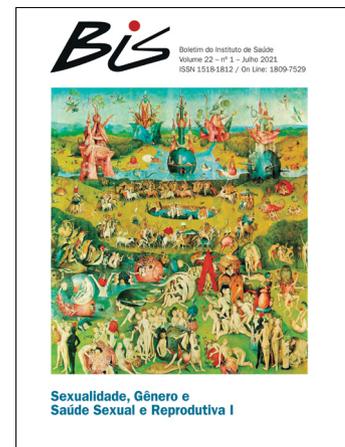
(v. 23 - nº 2) / 2022
Educação & Saúde na Era Digital



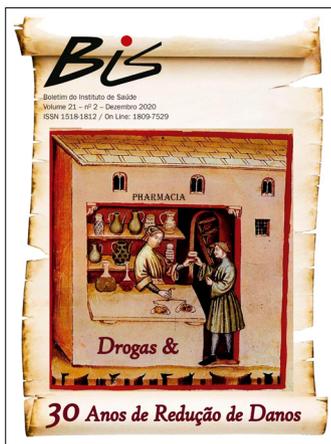
(v. 23 - nº 1) / 2022
Experiências & Saúde LGBTI



(v. 22 - nº 2) / 2021
Sexualidade, Gênero e Saúde
Sexual e Reprodutiva II



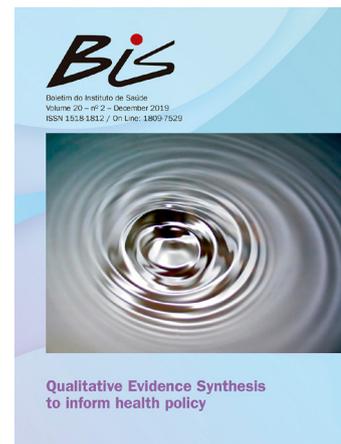
(v. 22 - nº 1) / 2021
Sexualidade, Gênero e Saúde
Sexual e Reprodutiva I



(v. 21 - nº 2) / 2020
Drogas & 30 Anos de
Redução de Danos



(v. 21 - nº 1) / 2020
Comunicação em
Saúde na Era Digital



(v. 20 - nº 2) / 2019
Qualitative Evidence Synthesis
to inform health policy



Secretaria da
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO