

Carine Vendruscolo (Org.)

PROMOÇÃO DA SAÚDE E AÇÕES PREVENTIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



PROMOÇÃO DA SAÚDE
E AÇÕES PREVENTIVAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Perspectivas



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Carine Vendruscolo
(Org.)

PROMOÇÃO DA SAÚDE E AÇÕES PREVENTIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Chapecó, 2023

Dilmar Baretta

Reitor

Luiz Antonio Ferreira Coelho

Vice-Reitor

Letícia Sequinatto

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Mayco Moraes Nunes

Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade

Alex Onacli Moreira Fabrin

Pró-Reitor de Planejamento

Marilha dos Santos

Pró-Reitora de Administração

Organizadora

Dra. Carine Vendruscolo

Revisão

Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Dra. Edlamar Kátia Adamy

Dra. Leila Zanatta

Dra. Letícia de Lima Trindade

Dra. Marta Kolhs

Dra. Olvani Martins da Silva

Dra. Rosana Amora Ascari

Dra. Silvana Zanotelli

Dra. Tiffany Colomé Leal

Revisão de Português

Ana Cecília de Mascarenhas



Presidente
Vincenzo Francesco Mastrogiacommo

Vice-Presidente
Ivonei Barbiero

Reitoria

Reitor: Claudio Alcides Jacoski
Pró-Reitora de Graduação e Vice-Reitora: Silvana Muraro Wildner
Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão, Inovação e Pós-Graduação: Andréa de Almeida Leite Marocco
Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento: Márcio da Paixão Rodrigues
Pró-Reitor de Administração: José Alexandre de Toni

Diretora de Pesquisa e Pós-Graduação *Stricto Sensu*: Vanessa da Silva Corralo



Este livro ou parte dele não podem ser reproduzidos por qualquer meio sem autorização escrita do Editor.

P965p Promoção da saúde e ações preventivas na atenção primária [recurso eletrônico] /
Carine Vendruscolo (Org.). – Chapecó, SC: Argos, 2023.
352 p.; PDF – (Perspectivas; 70).

Contém bibliografias
ISBN: 978-85-9787-336-0

1. Atenção primária à saúde. 2. Enfermagem - prática. 3. Depressão na gravidez. 4. Sífilis. 5. Agentes comunitários de saúde. 6. Agrotóxicos.
7. Síndrome do esgotamento profissional. I. Vendruscolo, Carine. II. Título

CDD: Ed. 23 – 614.6

Catálogo elaborada por Gabriella Joana Zorzetto CRB 14/1638
Biblioteca Central da Unochapecó

Todos os direitos reservados à Argos Editora da Unochapecó

Servidão Anjo da Guarda, 295-D – Bairro Efapi – Chapecó (SC) – 89809-900
(49) 3321 8218 – argos@unochapeco.edu.br – www.unochapeco.edu.br/argos

Coordenadora: Rosane Natalina Meneghetti



Conselho Editorial

Titulares: Odisséia Aparecida Paludo Fontana (presidente), Cristian Bau Dal Magro (vice-presidente), Andréa de Almeida Leite Marocco, Vanessa da Silva Corralo, Rosane Natalina Meneghetti, Cleunice Zanella, Hilario Junior dos Santos, Rodrigo Barichello, André Luiz Onghero, Marilandi Maria Mascarello Vieira, Diego Orgel Dal Bosco Almeida, Aline Manica, Andrea Díaz Genis (Uruguai), José Mario Méndez Méndez (Costa Rica) e Suelen Carls (Alemanha).
Suplentes: Márcia Luiza Pit Dal Magro, Cristiani Fontanela, Eliz Paula Manfroi, Marinilse Netto, Liz Girardi Muller

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

Prefácio

Fabiane Ferraz

Apresentação

Carine Vendruscolo, Denise Antunes de Azambuja Zocche

PARTE 1 – APROXIMAÇÕES DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS DIFERENTES CENÁRIOS DE PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Percepção e atuação de enfermeiros quanto à Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde

Bruna Pedroso Oliveira, Lucas Lasta Angonese, Carine Vendruscolo, Clarissa Bohrer da Silva, Karina Schopf, Poliana Lopes Alves

Ações da enfermeira no preparo da mulher para o parto normal no contexto da Atenção Básica

Fernanda Gonçalves Grangeiro Nascimento de Paulo,
Inês Maria Meneses dos Santos, Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara,
Ana Cristina Silva Pinto, Valdecyr Herdy Alves, Cristiane Rodrigues da Rocha

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

Rastreo para Depressão durante o período gravídico no Oeste de Santa Catarina

Marta Kolhs, Vanessa Aparecida Gasparin, Ingrid Manoella Borges, Thaís Marafon, Denize Antunes de Azambuja Zocche, Tiffany Colomé Leal, Andreia Cristina Dall’Agnol

Tecnologias e competências essenciais à gestão do trabalho na Atenção Primária à Saúde

Jacqueline Hermes, Carine Vendruscolo, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Letícia de Lima Trindade, Rosana Amora Ascari, Rafael Marcelo Soder

Círculo de Cultura: possibilidade de mudança comportamental de usuários hiperutilizadores na Atenção Primária

Poliana Lopes Alves, Carine Vendruscolo, Jeane Barros de Souza, Aline Lemes de Souza, Karina Schopf, Ana Paula Schultz

Avaliação para a gestão: o plano de enfrentamento da sífilis em Vitória (ES) segundo a percepção dos gestores

Mara Rejane Barroso Barcelos, Sandra Mara Soeiro Bof, Maurílio Barbosa, Rita de Cássia Duarte Lima, Maria Angélica Carvalho Andrade, Cindy Amaral Barbosa, Lariana da Conceição Benincá, Fernanda Gonçalves Rios, Cândida Caniçali Primo

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

Promovendo a saúde dos Agentes Comunitários de Saúde para o autocuidado e para qualificar o serviço na Atenção Primária

Jeane Barros de Souza, Valéria Silvana Faganello Madureira, Bruna Panis Albani, Samantha Karoline Mafra, Kelly Cristina de Prado Pilger, Andreina Carla de Almeida

Promoção da Saúde na Visita Domiciliar: ampliando possibilidades para ação de Agentes Comunitários de Saúde

Valéria Silvana Faganello Madureira, Jeane Barros de Souza, Denise de Campos, Juliana Romanoski Alves de Moura, Julia Milena Grandó Carniel, Eduarda Antonia Sartoretto

Intoxicações por agrotóxicos: capacitando profissionais da Atenção Primária à Saúde para prevenção e diagnóstico

Adriane Karal, Jaqueline Arboit, Mônica Ludwig Weber, Tavana Liege Nagel Lorenzon, Vanesa Nalin Vanassi, Denise Antunes de Azambuza Zocche, Leila Zanatta

Práticas Integrativas e Complementares realizadas por enfermeiros da Atenção Primária em Saúde Mental

Carine Vendruscolo, Danubia Marcelina Candido Guinzelli, Andrea Noeremberg Guimarães, Kátia Jamile da Silva, Aline Lemes de Souza, Bruna Pedroso Oliveira

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

Síndrome do esgotamento profissional em trabalhadores de um Centro de Atendimento Socioeducativo Provisório

Marta Kolhs, Aline Cviatkovski, Lucimare Ferraz, Melissa Holz, Paloma do Nascimento Joaquim

Reinserção social e vulnerabilidades sociais de indivíduos privados de liberdade: um olhar para a saúde mental

Franklin de Almeida Cipolato, Andrea Noeremberg Guimarães, Maria Luiza Bevilaqua Brum, Marta Kolhs, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Marina Klein Heinz

PARTE 2 – MOVIMENTOS PREVENTIVOS A PARTIR DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Validação de Tecnologias Educacionais para o manejo da violência laboral contra profissionais da saúde

Letícia de Lima Trindade, Maiara Schoeninger, Kaciane Boff Bauermann, Grasielle Fátima Busnello, Elisabete Maria das Neves Borges, Rosana Amora Ascari

Sumário

| clique no título para acessar o artigo |

A educação permanente no cuidado aos pacientes crônicos: uma abordagem na Atenção Primária

Camille Chiossi Presoto, Milena Schneiders, Adriana Aparecida Polmann, Vander Monteiro da Conceição, Francieli Girardi, Olvani Martins da Silva

Liga Acadêmica de Atenção Primária como instrumento potencializador da formação em Enfermagem

Letícia Stake Santos, Emanoeli Rostirola Borin, Marina Klein Heinz, Alana Caroline Machado da Silva, Bernarda Cesira Cassaro, Joseane Simon, Clarissa Bohrer da Silva, Francielli Girardi

Produção de tutoriais educacionais sobre processamento de produtos para saúde na Atenção Primária

Carolina Gerhardt Primaz, Jessyca Zanetti Malgor Oliveira, Rita Catalina Aquino Caregnato

Potência dos movimentos educativos para a prevenção de doenças e a promoção da saúde na Atenção Primária

Maristela Izcak Baldissera, Carine Vendruscolo, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Fabiane Ferraz, Rafael Gué Martini

Prefácio

A Promoção da Saúde (PS) e Prevenção de Agravos (PA) são pilares de estruturação da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil. Junto com o tratamento, a reabilitação e as vigilâncias devem produzir a resolubilidade das necessidades de saúde da população em até 80% de suas demandas, a partir dos preceitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

A Enfermagem, historicamente, por meio de enfermeiros, técnicos e auxiliares, compõe a equipe de base para estruturação da APS, tanto em unidades básicas de saúde quanto em unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse sentido, é prerrogativa desta área estruturar seu processo de trabalho, considerando entre suas ações a promoção da saúde e prevenção de agravos.

A promoção da saúde é um conceito que, desde a Carta de Ottawa (1986), busca fortalecer mudanças de modelos de atenção à saúde em diversos países. No Brasil, desde a implantação do SUS, busca-se modificar a lógica estritamente curativista, ou seja, a estruturação do pensamento na saúde a partir da doença instalada, para construir uma outra relação com a vida das pessoas, com vistas a mobilizar hábitos que promovam a qualidade de vida e felicidade, independentemente da condição de doença vivenciada pelo usuário(a) do sistema.

Assim, a lógica da promoção da saúde proposta no SUS se diferencia da prevenção de doenças. O conceito de prevenção se conecta à determinada doença, enquanto que o de promoção tem como objetivo melhorar a saúde e o bem-estar geral da população, reforçando o discurso sanitário que afirma a saúde de modo positivo, como qualidade de vida, e não apenas como ausência de doenças (CZERINA, 2009).

Desse modo, a promoção da saúde corrobora a compreensão de saúde a partir de seu conceito ampliado, em que se considera os determinantes sociais. Para tanto, é necessário estabelecer políticas públicas que possibilitem melhores condições de vida e ambientes saudáveis aos cidadãos nas dimensões físicas, sociais, políticas, econômicas e culturais. Logo, o que se busca no SUS como imagem objetivo, em relação a promoção da saúde, é o modelo apresentado em 1991 por Dahlgren e Whitehead (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; BRASIL, 2017).

Contudo, no Brasil, diante das relações sociais historicamente construídas e as produções de inequidades vivenciadas devido à desigualdade social não superada ainda precisamos, enquanto profissionais da saúde, trabalhar de modo concomitante as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, nos diferentes níveis de atenção, em especial da APS.

Assim, constata-se que, na maioria dos cenários de práticas, a atuação dos profissionais da saúde ainda se constitui a partir do modelo processual proposto por Leavell e Clark em 1976, logo, não se estrutura considerando os preceitos de Dahlgren e Whitehead para promoção da saúde. O modelo processual, mesmo não sendo o ideal, se constitui como um avanço quando comparado ao modelo biomédico, por reconhecer que as características sociais ou relacionais da pessoa interferem na chance de adoecer, na forma como ela adoecer e na repercussão da doença, sendo que apresenta três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Infelizmente, mesmo com mais de trinta anos da implantação do SUS, em grande parte dos espaços da APS, ainda há profissionais que não estruturaram seu trabalho a fim de atender os princípios do sistema, aspectos que fragilizam o atendimento à população de modo integral, resolutivo, longitudinal, equânime e universal. Isso porque, acerca das ações de promoção da saúde, estes profissionais ainda não superaram o modelo processual de Leavell e Clark, em que apenas o nível primário de prevenção, é apresentado como uma das ações da promoção da saúde. Lembrando que nesse modelo o foco central é a prevenção da doença, logo, suas prerrogativas organizam a atenção a partir da doença instalada, e não na lógica de manter a pessoa saudável (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2013).

A Prevenção Quaternária (P4) é um conceito que nasce considerando os níveis apresentados por Leavell e Clark no modelo processual, contudo, busca ampliar esse olhar, por conceber que há um hiato entre o modo ideal como a população deveria ser atendida e cuidada pelos profissionais da saúde e como de fato isso ocorre. Logo, a P4 corrobora com outros conceitos como o de segurança do paciente na APS, pois visa prevenir iatrogenias das mais distintas ordens, que se constituem desde erros dos profissionais da saúde, até a patologização da vida pela carga excessiva de exames e medicamentos. Para Tesser (2017, p. 7):

A P4 na prevenção induz a produção, sistematização e coletivização de saberes críticos, rigorosos critérios técnicos e cuidadosas exigências éticas a orientar as ações preventivas profissionais e institucionais. Ela pode contribuir para evitar a medicalização excessiva da prevenção e reduzir seus danos, vários não percebidos pelos usuários e profissionais.

A patologização da vida, fortemente vivenciada atualmente na sociedade brasileira, devido, entre outras questões, à dificuldade de implementação da Po-

lítica de Promoção da Saúde, se expressa tanto na população quanto por grande parte dos profissionais, por não perceberem que podem e devem resolver os problemas da vida sem precisar de medicações ou exames para isso.

Assim, na maioria dos espaços em nosso país, quando falamos em promoção da saúde, infelizmente essa não consegue se efetivar a partir das prerrogativas assumidas pelo SUS, em que há uma afirmação do social, da determinação do processo saúde-doença, da busca de superação do modelo biomédico e do compromisso de saúde como direito de cidadania. Logo, assumir a promoção da saúde a partir do modelo de Dahlgren e Whitehead inclui adotar de modo orgânico nas práticas da saúde, conceitos que se estruturam como o cerne do processo de trabalho em ESFs como: tecnologias leves, coprodução de sujeitos, cooperação, subjetivação, implicação, ética e cidadania (FRANCO, 2007).

Tais conceitos devem ser trabalhados desde a formação dos profissionais da saúde, contudo, tal iniciativa configura-se ainda como um desafio. Isso porque, em várias escolas de formação profissional, tais discussões até encontram-se no projeto pedagógico, porém, de fato, não são incorporadas ao cotidiano dos diferentes cenários de espaços formativos, reiterando, na prática, currículos tradicionais que dificultam a efetivação do SUS.

A presente obra, em seus 17 capítulos, organizados em duas seções, apresenta subsídios para reflexões e diálogos sobre promoção da saúde e prevenção de agravos, à luz de vivências e estudos da área da Enfermagem em diferentes cenários de atuação da APS. Os estudos compilados junto ao Grupo de Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina – Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS/ UDESC) nos possibilitam analisar essa temática sob diferentes prismas dentro da Enfermagem e o quanto, por vezes, os profissionais da saúde, em especial da Enfermagem, são capturados por formas e processos de trabalhos que não condizem com as prerrogativas do modelo de atenção preconizado pelo SUS.

Os textos nos convidam a reavaliar nossas práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, entre elas, o da P4, a qual amplia a lógica do modelo processual em muitos espaços ainda vigente, logo, nos possibilita refletir sobre o processo de trabalho na APS a fim de fortalecer o SUS, pois precisamos sempre lembrar que o SUS somos nós! Logo, a efetivação desse sistema depende de todos(as) nós, enquanto cidadãos e cidadãs, independentemente dos espaços que estamos ocupando ora como usuários, ora como profissionais, ora no ensino, ora como gestores desse sistema.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 24 jun. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfgf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2022.

CZERINA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERINA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-57.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde,**

Educação, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Tc5BpVpJMWgWJDVPjJWcYVH/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2022.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 116, p. 1-9, 2017. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041-pt.x34413.pdf. Acesso em: 5 jul. 2022.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; CUTOLO, L. R. A. Saúde e Sociedade: Eixo I – Reconhecimento da Realidade. Parte IV: Promoção da saúde. *In*: UNA-SUS/UFSC. **Especialização Multiprofissional na Atenção Básica**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33307/mod_resource/content/1/Unidade%201/top4_1.html. Acesso em: 23 jun. 2022.

Dra. Fabiane Ferraz
Docente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Universidade do Extremo Sul Catarinense (PPGSCol/UNESC)

Apresentação

*“Então não pude seguir
Valente lugar-tenente
De dono de gado e gente
Porque gado a gente marca
Tange, ferra, engorda e mata
Mas com gente é diferente [...]”
(Disparada – Jair Rodrigues).*

O Grupo de Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina – Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS/UDESC) apresenta a obra *Promoção da saúde e ações preventivas na Atenção Primária*, composta por estudos e relatos que divulgam a pesquisa e a produção bibliográfica e tecnológica sobre esta temática.

A ideia de organizar esta coletânea surgiu dos diálogos realizados no Grupo de Pesquisa LABIGEPS/UDESC sobre a Prevenção Quaternária, para a qual utilizaremos a abreviação P4, no âmbito do projeto de pesquisa, proposto em 2019, intitulado: “Prevenção Quaternária na Atenção Primária: interfaces com as melhores práticas em saúde”. Desta macropesquisa, foram gerados muitos produtos intelectuais, nos formatos de artigos científicos, livro, capítulos de livro, trabalhos acadêmicos, manual, capacitações e infográficos, dirigidos aos profissionais da

saúde e aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS).

Como metodologias para a produção de informações (coleta de dados), a pesquisa participativa possibilitou a vivência em Círculos de Cultura e outros formatos, com usuários dos serviços de APS, com professores Universitários de Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem e com profissionais de saúde das mais diversas áreas da saúde.

A oportunidade de financiamento à pesquisa, junto à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), em parceria com a UDESC, nos permitiu ampliar as possibilidades de produção de informações durante a pandemia da COVID-19 mediante a utilização de dispositivos *on-line*, além de captar bolsistas da graduação em Enfermagem para auxiliar no processo e envolver estudantes do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS/UDESC). Com isso, a Enfermagem vem consumindo e produzindo conhecimento científico sobre a P4 de maneira desbravadora em Santa Catarina. Vale ressaltar que vivemos um período de investimento por parte dos Conselhos Regionais de Enfermagem em processos formativos que promovem a consolidação da Consulta do Enfermeiro e a valorização da profissão como arte e ciência do cuidado humano.

Nesse cenário, o enfermeiro tem realizado consultas com base em evidências científicas ao diagnosticar e prescrever cuidados de Enfermagem e, em alguns casos, amparado por protocolos, a prescrição de tratamento medicamentoso e exames, sobretudo nos serviços de APS, atendendo aos protocolos municipais e regulamentações que ordenam a Lei do Exercício Profissional.

Cumprir destacar as missões da APS, quais sejam: 1) cuidado clínico; 2) prevenção de doenças; e 3) promoção da saúde. Considerando esses campos do cuidado, ressaltamos, nos capítulos que compõem esta obra, a prevenção de doenças, que permeia as outras duas missões, e que, especialmente, no que tange à P4, tem

se mostrado uma prerrogativa fundamental do cuidado que envolve todas as profissões da saúde. Nos referimos, especificamente, aos danos que podem ser causados pelas intervenções no campo da saúde. Desde Hipócrates, o “princípio da não maleficência” (*primun non nocere*) determina que tratamentos de saúde não devem provocar danos a quem os recebe, devendo os profissionais adotar práticas éticas que visem evitar ou, ao menos, minimizar tais danos.

No contexto clássico dos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), proposto por Leavell e Clark em 1976, a P4 emerge como mais uma possibilidade, menos relacionada às doenças e mais aderente à prevenção das iatrogenias decorrentes do uso excessivo de intervenções diagnósticas e terapêuticas e à medicalização desnecessária. Trata-se de uma prática que tem como propósito evitar ou, pelo menos, atenuar as consequências do excesso de intervenções dos profissionais da área da saúde – especialmente aqueles que prescrevem. Assim, é um nível de prevenção que se dá no contexto do indivíduo saudável, sem doença, mas que se sente ou se percebe doente.

No decorrer dessa coletânea, os capítulos discutem possibilidades de prevenção, em vários âmbitos, contudo, desejamos chamar a atenção à prática da P4, evidenciada em alguns capítulos, para a sua potencialidade quando incorporada à reflexão e à ação dos profissionais, estudantes e pesquisadores que acessarem a coletânea.

Com isso, a prevenção também fala do trato com as gentes, recordando a canção de Jair Rodrigues, a qual citamos na epígrafe e cuja letra nos alerta para essa missão, na qualidade de profissionais da saúde.

Carine Vendruscolo
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Líderes do LABIGEP

PARTE 1
APROXIMAÇÕES DA PREVENÇÃO
QUATERNÁRIA E DA PROMOÇÃO DA SAÚDE
NOS DIFERENTES CENÁRIOS DE PRÁTICAS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Percepção e atuação de enfermeiros quanto à Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde

Bruna Pedroso Oliveira

Lucas Lasta Angonese

Carine Vendruscolo

Clarissa Bohrer da Silva

Karina Schopf

Poliana Lopes Alves

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) atua de maneira equivalente na sua promoção, recuperação, manutenção e na prevenção de doenças. Nesta última, atua por meio das prevenções: primária, secundária, terciária e quaternária. A Prevenção Quaternária (P4) visa a evitar danos ocasionados por excessos de intervenções medicamentosas. Nos últimos anos, temas que envolvem a P4 têm sido cada vez mais debatidos no âmbito mundial, com interface na esfera social, devido ao reconhecimento de diferentes fatores de risco ao adoecimento da população (TESSER, 2019).

O conceito de P4 foi criado pelo médico de família belga Marc Jamoulle como uma possibilidade de identificar usuários sob o risco de medicalização excessiva, protegendo-os de novas e, por vezes, desnecessárias invasões, a fim

de sugerir intervenções eticamente aceitáveis (JAMOULLE, 2015). Assim, a P4, favorece a promoção de práticas qualificadas e personalizadas de cuidado, propondo alternativas que previnam iatrogenias (TESSER; NORMAN, 2019).

As limitações do caráter medicalizador e intervencionista do cuidado devido ao viés da formação biomédica e hospitalocêntrica vêm acarretando danos aos usuários. O crescimento acelerado dessas iatrogenias clínicas ganhou dimensão populacional, tornando-se a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos da América (EUA) (PELLIN; ROSA, 2018). Por isso, o principal desafio está na mudança do foco de atenção do profissional em relação à doença e suas possíveis consequências para uma abordagem com visão holística das ações propostas no plano de cuidados. Para tanto, o meio mais eficaz de realizar P4 é ouvir as queixas dos usuários e, conseqüentemente, adequar o cuidado sanitariamente possível ao individualmente necessário e desejado, tornando esse conceito fundamental para o atendimento (GROSS *et al.*, 2016).

A Enfermagem, como parte da equipe multiprofissional da APS e tendo o enfermeiro como um dos integrantes prescritores, necessita envolver-se nesse debate. Atualmente, a Enfermagem está em evidência com relação à educação em saúde, pois é considerada uma área promissora quanto a este tipo de estratégia (ARNEMANN *et al.*, 2018). Entretanto, o enfermeiro também realiza a Consulta do Enfermeiro, e tem assumido o papel de cuidador e promotor do cuidado, a partir da prescrição de tratamento medicamentoso, com base em protocolos municipais, além da educação em saúde.

De acordo com a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), ambos os temas – educação em saúde e Prevenção Quaternária – encaixam-se no eixo oito do documento “Gestão do Trabalho e Educação em Saúde”, que aborda problemáticas como a avaliação da implementação de estratégias de educação no Sistema Único de Saúde (SUS). Há, no entanto, poucos estudos que versam sobre a temática, sobretudo no âmbito da Enfermagem, o

que leva à necessidade de promover o debate acerca da sobremedicalização na prática do cuidado, bem como das formas de minimizar danos oriundos dessas intervenções exageradas.

Com base nessas reflexões, este estudo orientou-se pela seguinte questão de pesquisa: qual o conhecimento e as práticas de enfermeiros que atuam na APS acerca da Prevenção Quaternária? O objetivo foi identificar o conhecimento e as práticas de enfermeiros que atuam na APS acerca da P4.

Método

Estudo de abordagem qualitativa, realizado nos serviços de APS em município do Oeste de Santa Catarina. A Rede de Atenção à Saúde do município conta com 26 Centros de Saúde da Família que abrangem todo seu território. A cobertura das ESF do município, conforme dados referentes a julho de 2017, é de 84,29%, distribuída em 51 equipes de Saúde da Família (eSF), trinta Equipes de Saúde Bucal (eSB) e cinco Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Essa Rede conta com 64 profissionais enfermeiros atuantes na APS (BRASIL, 2020).

O estudo foi desenvolvido através da aplicação de questionário *Survey*, utilizando a ferramenta de Formulário, do Google, encaminhado via *e-mail* aos enfermeiros, após ser previamente testado entre pesquisadores durante alinhamento teórico conceitual. Houve a necessidade desta abordagem *on-line* devido à ocorrência da pandemia da COVID-19 no momento da produção das informações.

A população do estudo foi composta por 11 enfermeiros(as) que atuam na APS do município. A abordagem dos participantes ocorreu por conveniência, ou seja, de forma não probabilística, selecionando os Centros de Saúde da Família

(CSF) com equipes de Atenção Básica (eAB) e/ou Saúde da Família (eSF) que melhor proporcionassem aos pesquisadores a compreensão do fenômeno.

Foram utilizados como critérios de inclusão ser enfermeiro(a) da APS do município e contar, minimamente, com seis meses de atuação no cargo. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam afastados da atividade por qualquer motivo no momento da coleta de dados. O número final de participantes foi determinado a partir da “saturação dos dados”, que consiste em interromper a coleta dos dados a partir de um determinado momento, julgado pelo pesquisador como um momento em que emergem redundâncias e repetições entre os depoimentos oriundos da pesquisa (MINAYO, 2014).

A coleta de dados foi realizada entre maio e junho de 2020, com tempo estimado para o preenchimento do questionário de 15 minutos, tendo prazo de 20 dias para que os participantes respondessem ao *survey*. O roteiro de perguntas contou com questionamentos acerca do conhecimento prévio do participante quanto à P4, bem como sua aplicação na APS, levando em consideração aspectos éticos e, também, os cuidados e encaminhamentos que eles realizam durante seu processo de trabalho.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 3.375.951 em junho de 2019. Por tratar-se de uma pesquisa integralmente *on-line*, ao realizar o preenchimento do questionário, o profissional foi esclarecido de que ele estava concordando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O procedimento analítico das informações ocorreu a partir da proposta de análise temática apresentada por Minayo, seguindo as quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Foi utilizada a letra “E” e o número correspondente do questionário para identificar as respostas, preservando a identidade dos participantes (MINAYO, 2014).

A partir da análise, emergiram duas categorias intituladas: “Percepções dos enfermeiros quanto à Prevenção Quaternária” e “Práticas dos Enfermeiros que se relacionam com a Prevenção Quaternária”. Essas categorias foram discutidas à luz de estudos nacionais, internacionais e documentos governamentais brasileiros acerca do tema e de seus desdobramentos.

Para preservar o anonimato dos entrevistados, os depoimentos serão identificados com a letra E de “Entrevistado”, seguido por número de ordem.

Resultados

Dos profissionais participantes do estudo, dez eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com média de idade de 37,18 anos e tempo médio de atuação na APS do município de nove anos. Destes, três tinham graduação em Enfermagem, sete tinham especialização ou residência e um tinha mestrado.

A seguir, serão discutidas as categorias que revelam os fenômenos estudados.

Percepções dos enfermeiros quanto à Prevenção Quaternária

Os enfermeiros descreveram a hipermedicalização e o sobrediagnóstico como práticas intervencionistas que ocorrem na APS, muitas vezes, de forma desnecessária, o que implicaria a P4. Essas práticas emergem como uma demanda problemática na APS, com reconhecidas repercussões de seus efeitos colaterais em danos clínicos aos usuários. Isso porque o modelo que orienta as condutas dos profissionais incentiva o rastreamento de doenças, o excesso de exames, cirurgias e encaminhamentos a especialistas, originando, por vezes, danos à saúde, o que é evidenciado nos discursos a seguir:

Algumas condutas e práticas adotadas pelos profissionais da saúde podem causar danos ao paciente dentre os principais, cito o excesso de rastreamentos e de solicitação de exames complementares e o abuso na medicalização. (E2).

A cultura em saúde é de que quanto mais exames, procedimentos, remédios forem usados melhor será a assistência, contentando as expectativas do paciente e equipe. Porém isso não é verdade. (E3).

A prática da hipermedicalização é justificada pela praticidade em medicar sem que haja, na maioria dos casos, a devida racionalidade por parte do profissional de saúde sob o contexto integral do usuário. Entretanto, ela também é justificada pela cultura da medicalização impregnada na população, em que a conduta da prescrição de fármacos é esperada e, constantemente, exigida em um atendimento de saúde considerado exemplo de qualidade. Outra questão destacada é a carência do reconhecimento de terapias alternativas, como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC). Os depoimentos abaixo ilustram essas percepções:

A maioria dos usuários tem a cultura do uso de medicações, e preferem e até sugerem o uso das mesmas. (E9).

Muitas vezes, é uma terapia utilizada devido a solicitação e insistência dos mesmos em usarem esse tipo de tratamento. Muitos acreditam fielmente, que este é o único tratamento efetivo, não levando em consideração a possibilidade de inserir outras terapias no processo de tratamento, por exemplo, as terapias complementares (auriculoterapia, acupuntura, entre outras). (E5).

As práticas intervencionistas aparecem no cotidiano clínico da APS como resultantes de uma patologização atual de dores e sofrimentos. Os enfermeiros chamam atenção ao fato de que muitas pessoas acabam desenvolvendo a

“necessidade de sentir-se doente”, reconhecendo sintomas patológicos em algo que pode ser natural e, com isso, esperam, de imediato, uma intervenção por parte do profissional de saúde:

Patologização de dores/sufrimentos inerentes ao ser humano. (E7).

A resistência dos usuários que ‘necessitam estar doentes’ e dos profissionais que validam essa conduta dando inúmeros diagnósticos e tratamentos. (E10).

Os enfermeiros, também, destacaram as iatrogênias clínicas decorrentes dessas práticas intervencionistas, que podem causar danos graves à saúde dos usuários ou, até mesmo, evoluir para o óbito. Isso acontece, sobretudo, quando não se investiga mais profundamente as causas dos sintomas, as doenças pré-existentes naquele indivíduo ou o seu contexto social. Todas essas características podem interferir no quadro clínico apresentado pelo usuário:

O excesso de medicamentos causa prejuízos à saúde do usuário, os inúmeros diagnósticos que não condizem com a real situação do paciente, trazendo um tratamento inadequado, ocasionando sérios prejuízos até morte. (E10).

Observa-se prescrições repetidas de medicação analgésica com intervalo de 2-3 dias. (E11).

A importância da P4 na prática clínica dos enfermeiros na APS é reconhecida diante da possibilidade de qualificação e redirecionamento de condutas de cuidado ao indivíduo, família e comunidade, pautado na escuta qualificada, na orientação do usuário acerca de sua doença ou não-doença e nas evidências científicas. Além disso, a enfermagem é importante para a P4 devido à sua atuação no contato direto com o usuário, podendo, assim, perceber e minimizar as práticas intervencionistas desnecessárias:

Existem meios que possibilitam a melhora do quadro do paciente, muitas vezes, somente com orientações e um momento de escuta qualificada. (E1).

Acredito ser uma estratégia em desenvolvimento importante para discutir, qualificar e redirecionar as condutas clínicas, pois seu foco principal não está relacionado a doenças e sim ao risco de adoecimento iatrogênico [...]. (E2).

Práticas dos enfermeiros que se relacionam com a Prevenção Quaternária

Os enfermeiros reiteram suas práticas relacionadas à P4 no cotidiano da APS como a realização de escuta qualificada com foco nas necessidades de ordem integral dos usuários mediante um atendimento humanizado e personalizado. Dessa forma, reconhecem o contexto do usuário e não só a doença, evitando, assim, práticas intervencionistas desnecessárias, como os depoimentos abaixo ilustram:

Procuo atender o indivíduo de maneira integral, entendo não só a doença, mas todo o contexto que ele está inserido, evitando as atividades curativas e preventivas desnecessárias. Procuo manter a conduta clínica baseada em evidência, porém respeitando a singularidade de cada indivíduo. (E2).

Tento praticar a prevenção quaternária ao abordar paciente e família, solicitar exames ou encaminhamentos com extrema racionalidade e necessidade. Às vezes o próprio paciente fica chateado conosco quando não solicitamos exames que ele achava que seria necessário. (E3).

Além disso, os enfermeiros evidenciam a educação em saúde, seja ela individual, seja ela coletiva, como ferramenta para um cuidado que promova o empoderamento e a corresponsabilidade do usuário de modo a repercutir

no seu cotidiano e na sua saúde. As práticas educativas (de orientação), segundo elas, provocam mudanças de hábitos, com vistas à qualidade de vida, e, conseqüentemente, contribuem para a P4. Nesse contexto, as PIC implicam a visibilidade em uma nova cultura de saúde, num contraponto às práticas intervencionistas tradicionais:

Além do tratamento medicamentoso é orientado cuidados com a saúde em geral e orientando terapias alternativas. (E4).

Orientando e sensibilizando ao máximo os usuários que mudanças comportamentais são mais efetivas na prevenção e controle de doenças, que excesso de medicações. Grupos de saúde, tratamentos alternativos, etc. (E7).

Ainda acerca da perspectiva de uma abordagem integral ao usuário, as participantes evidenciaram a importância da equipe multiprofissional nos serviços de APS para a organização de um processo de trabalho colaborativo e resolutivo às necessidades da população. Nesse sentido, a discussão de casos de forma compartilhada é vista como sinérgica à prática da P4.

Com a consulta compartilhada, discussão de casos e visão mais humanizada dos pacientes por parte dos profissionais. (E1).

A enfermagem colabora identificando e questionando junto a equipe o sobrediagnóstico, o excesso de medicação e exames, procedimentos desnecessários. (E3).

Discussão

Há poucos estudos desenvolvendo a P4 conceitualmente, mas, gradativamente, o tema vem ganhando notoriedade nacional, tanto nos serviços de saúde quanto no meio acadêmico (NORMAN; TESSER, 2021). Nessa direção,

é importante que os profissionais busquem qualificação na educação permanente, o que é evidenciado no perfil dos enfermeiros participantes.

Percebe-se uma aproximação das impressões dos enfermeiros com o conceito de P4, idealizando-a como prática auxiliar no processo de trabalho na APS. Entretanto, estudiosos da área afirmam que a P4 não deve ser compreendida como uma prática auxiliadora, mas sim como uma nova forma de se praticar ciência e cuidado (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

A P4 está se tornando uma atividade constante na prática clínica da APS, partindo de um compromisso com os pacientes e com a profissão que se exerce. A P4 impõe uma estrita necessidade de o profissional ter conhecimento para avaliar a relação risco-benefício das intervenções, utilizar a Prática Baseada em Evidências (PBE) para embasar técnica e eticamente suas decisões da prática clínica (NORMAN; TESSER, 2009).

Além disso, a hipermedicalização e o sobrediagnóstico foram descritos pelos participantes como práticas intervencionistas, muitas vezes, desnecessárias, justificadas pela praticidade originada pelo modelo biomédico, que orienta as condutas dos profissionais e, também, pela cultura da medicalização disseminada na população. Essas expectativas dos usuários acerca de práticas intervencionistas, assim como a validação dos profissionais a essas condutas, ocasionam a chamada “cascata de intervenções desnecessárias”, que causa cada vez mais prejuízos à saúde dos usuários. Inclusive, o que acontece a partir desse tipo de interação é a transformação dos usuários em consumidores crônicos das medidas preventivas (MIGOWSKI *et al.*, 2018). Portanto, todos esses processos intervêm na cultura e na produção do saber clínico e preventivo (JAMOULLE, 2015).

Os enfermeiros identificaram as práticas intervencionistas como resultantes da patologização atual de dores e sofrimentos, em que o usuário não investiga mais profundamente as causas reais dos sintomas ou o seu contexto. Ao encontro disso, desenvolver a P4 é uma necessidade inerente ao mundo atual, uma vez que o

consumismo exagerado ajudou a deformar o conceito e o jeito de ‘fazer saúde’, no qual os indivíduos envolvidos no processo do cuidado tornaram-se intolerantes a desconfortos, exigindo a solução de problemas que não são classificados como doenças, transformando o normal em patológico (GONZÁLEZ *et al.*, 2014).

A ocorrência iatrogênica, conforme a classificação de 2009 da Organização Nacional de Acreditação (ONA), pode ser definida como o resultado negativo à prática em saúde de toda equipe envolvida na assistência. Isso porque diversos fatores podem ser associados a causas de eventos iatrogênicos, sendo que muitos destes foram identificados e categorizados durante o processo de análise das respostas por apresentarem similaridade com outros estudos já realizados (SILVA *et al.*, 2021). As respostas dos profissionais denotam certo descuido e, por vezes, déficit de conhecimento entre os fatores descritos, como os eventos relacionados a ocorrências iatrogênicas envolvendo medicação excessiva. Entretanto, também são levantadas questões relacionadas aos hábitos da experiência profissional e à baixa adesão a estratégias como a educação permanente em saúde, assim como a cultura intervencionista, predominante entre os usuários.

O aumento de tecnologias potencialmente nocivas utilizadas nos tratamentos e no rastreamento diagnóstico, assim como o aumento de fármacos disponibilizados no mercado associados a um desordenado aumento de informações mal interpretadas e mal direcionadas, centraliza o cuidado médico e contribui com a descaracterização do trabalho interdisciplinar de atenção à saúde (GROSS *et al.*, 2016).

Soma-se a isso a percepção dos enfermeiros acerca da carência do reconhecimento de terapias alternativas como as PIC. A efetivação da P4 necessita de maior rigor ético e embasamento científico na análise dos argumentos, bem como de fundamentos para a incorporação ou a recomendação de medidas preventivas individuais, como a adoção de PIC, a ser incorporada na sociedade de maneira efetiva, a participação do usuário durante seu processo de recuperação e,

principalmente, a diminuição de intervenções durante o processo saúde-doença da população (GROSS *et al.*, 2016).

Em relação às práticas dos enfermeiros no âmbito da APS, observou-se a realização de escuta qualificada em razão das necessidades de ordem integral, reconhecendo o contexto do usuário, e não só a doença. Essa conduta se relaciona com os apontamentos, realizados por Norman e Tesser (2009), que descrevem o uso da espera assistida, de modo a colocar o paciente, bem como suas subjetividades, em primeiro lugar, minimizando a doença do foco no tratamento como evidência para o fortalecimento da APS.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), cabe ao enfermeiro executar ações de assistência integral, bem como realizar consultas, solicitar exames complementares e prescrever conforme protocolos pré-existentes e legislação prevista para a profissão. Para executar essa diversidade de ações, o enfermeiro precisa dominar habilidades específicas, a fim de realizar seu trabalho com efetividade, as quais nem sempre os cursos de graduação e as especializações da área conseguem suprir, sendo, assim, fundamental que os serviços desenvolvam Programas de Educação Permanente para qualificar a assistência (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

O intervencionismo vem remanejando a cultura dos usuários, transfigurando os sãos em “sãos preocupados” e, depois, em “sãos estigmatizados” e em “pseudo-enfermos” ante os danos diários e desnecessários, previsíveis e imprevisíveis. Esse processo demanda e reitera a necessidade de P4 (TESSER; NORMAN, 2019). As práticas educativas também foram sinalizadas, no presente estudo, como possibilidades para um cuidado que promova o empoderamento e a corresponsabilidade do usuário, de modo a repercutir no seu cotidiano e na sua saúde.

Como limitação do estudo, destacam-se o contexto de uma única realidade municipal, o que sugere a necessidade de incluir outros atores, em novos estudos.

A P4 representa, portanto, um conceito fundamental para melhorar a qualidade de vida da população, bem como para evitar gastos do sistema de saúde com a hipermedicalização e as iatrogenias e, conseqüentemente, garantir um cuidado criterioso.⁴ Assim, promover o desenvolvimento de estratégias voltadas para a P4 nos diferentes níveis de atenção pode se configurar como indutora de novas subjetividades e práticas de saúde.

Considerações finais

A pesquisa realizada permitiu compreender a percepção de enfermeiros que atuam na APS sobre a P4, bem como permitiu identificar quais práticas realizadas por esses profissionais se relacionam a esse conceito. O estudo revela a sua percepção perfunctória em relação à P4, o que repercute em ações diárias, embora, ainda, incipientes para o favorecimento de uma mudança na prática clínica da APS, para que possa ser reduzida a cascata de intervenções desnecessárias. Entretanto, foram reconhecidos os condicionantes que dificultam a sua implementação, assim como a impreterível necessidade de práticas voltadas à P4 no processo de trabalho da APS.

A pesquisa sinaliza condicionantes da hipermedicalização e do sobrediagnóstico que dificultam ações voltadas à P4 na APS, como a necessidade dos usuários de receber encaminhamentos para demais profissionais ou áreas de especialização e, ainda, a expectativa por prescrições de medicamentos e/ou solicitação de exames. As lacunas observadas não dependem somente da implementação da prática consciente de medidas preventivas, mas de um posicionamento profissional ético e menos corporativista, assim como a inclusão do reconhecimento do contexto integral do paciente em seu processo terapêutico. Para tanto, observa-se que essas conversões deveriam iniciar ainda durante a formação acadêmica e se estender até a qualificação profissional através da EPS,

uma vez que investir na educação interprofissional resultará na valorização do processo e, conseqüentemente, na maior abrangência dessa temática.

As políticas públicas em saúde devem assegurar a difusão da temática como um dos conceitos norteadores de sua estrutura, por meio de propostas que incentivem novas estratégias de prevenção e atuação, incluindo, desde a avaliação de risco, até os benefícios relacionados às ações propostas em seu tratamento. Isso destaca a integralidade, disposta nas diretrizes do SUS, na qual a prioridade é sempre considerar os usuários de forma individualizada, atentando para sua totalidade e diferenças, incentivando, também, sua autonomia no processo de cuidado.

O estudo revela a necessidade de se realizar mais pesquisas que abordem, de forma ampliada, a P4, assim como as contribuições dos profissionais da Enfermagem em áreas temáticas específicas, como as práticas personalizadas de cuidado e educação em saúde.

Cumprir destacar a importância de uma Enfermagem clínica, promotora de cuidados essenciais e integrais ao usuário, família e comunidade, com um olhar crítico. Tais habilidades profissionais, desempenhadas a partir da Consulta do Enfermeiro, permitem a disseminação de conhecimentos e práticas que evidenciam a P4 no contexto da APS, contribuindo para a totalidade do cuidado humanizado e desmedicalizante, além da redução de danos causados aos usuários.

Referências

ARNEMANN, C. T. *et al.* Educação em saúde e educação permanente: ações que integram o processo educativo da enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 32, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/24719/16130>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor AB. **Banco de dados de informação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoBERTuraAB.xhtml>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de setembro de 2017; Seção 1:4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

GONZÁLEZ, C. M. *et al.* Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. **Anales de Pediatría**, Amsterdam, v. 81, n. 6, p. 396.e1-396.e8, dic. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403314002835>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GROSS, D. M. P. *et al.* Prevenção Quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Pelotas, v. 10, n. 4, p. 3608-3619, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29974>. Acesso em: 11 maio 2022.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-3, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/176760>. Acesso em: 11 maio 2022.

MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-14, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n6/e00046317/>. Acesso em: 11 maio 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Medicina de Família e Prevenção Quaternária: uma longa história. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 1-9, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2502>. Acesso em: 11 maio 2022.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2009.v25n9/2012-2020/pt/>. Acesso em: 11 maio 2022.

PELLIN, P. P.; ROSA, R. dos S. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na educação profissional. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 9-22, dez. 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87351>. Acesso em: 11 maio 2022.

SILVA, C. B. *et al.* Prevenção Quaternária e a gestão da clínica na Atenção Primária à Saúde. In: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C. D.; ADAMY, E. K. (org.). **Prevenção Quaternária**: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Moria, 2021. p. 189-204.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 1-27, set./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QsMp6DrTxmZvNCHBCryLsNp/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 13 maio 2022.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. 1-16, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MSSrYn5LsvWjc3KBXZXWPZp/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2022.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Dx6fNVNtBvnYTz5L33SYgsr/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2022.

Ações da enfermeira no preparo da mulher para o parto normal no contexto da Atenção Básica

Fernanda Gonçalves Grangeiro Nascimento de Paulo

Inês Maria Meneses dos Santos

Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara

Ana Cristina Silva Pinto

Valdecyr Herdy Alves

Cristiane Rodrigues da Rocha

Introdução

O presente capítulo é um recorte da dissertação intitulada “O preparo da mulher para o parto normal no contexto da atenção básica: contribuição da enfermeira para uma assistência além do pré-natal” (PAULO, 2021), defendida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UNIRIO).

O interesse de pesquisar e escrever sobre a temática surgiu da prática da pesquisadora como enfermeira obstétrica, quando foi possível testemunhar como muitas mulheres chegam até um centro de parto normal com muitas dúvidas, medos e incertezas em relação ao que ocorrerá com seu corpo e seu bebê naquele momento de permanência na maternidade, mesmo com a realização do número de consultas de pré-natal preconizado nas unidades básicas de referência. Frente à observação, questionamentos são suscitados quanto às informações que são

apresentadas a essas mulheres durante o seu pré-natal e de que maneira têm sido passadas essas informações.

Sabe-se que é o pré-natal um dos momentos mais propícios para esclarecer e ajudar a mulher a adquirir mais conhecimento quanto a todo esse processo de transformação e de escolhas, além de possibilitar o “[...] estímulo e informação sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do ‘Plano de Parto’ que está identificado como um dos dez passos para um pré-natal de qualidade.” (BRASIL, 2012, p. 38). O profissional da Atenção Básica tem papel fundamental para o cuidado dessas mulheres, pois, quanto mais cedo acontecer o acolhimento e a orientação a estas gestantes, maior será a adesão e compreensão da importância do pré-natal. Conforme identificado no estudo “Nascer no Brasil” realizado pela Fiocruz:

Apesar da cobertura praticamente universal no país, sua adequação ainda é baixa, com 60% das gestantes iniciando o pré-natal tardiamente, após a 12ª semana gestacional, e cerca de um quarto delas sem receber o número mínimo de 6 consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde. (LEAL; GAMA, 2014, p. 3).

A assistência pré-natal se constitui como a primeira linha de cuidado à mulher no ciclo gestatório, com suas atividades voltadas para consultas individuais, consultas multiprofissionais, salas de espera, visitas domiciliares e grupos de gestantes, tendo por finalidade a educação em saúde (BRASIL, 2012).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (BRASIL, 2012, p. 33).

Dessa forma, no contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades das

mulheres-gestantes mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes, dos meios e dos recursos disponíveis e que são mais adequados para cada caso específico, em uma perspectiva de abrangência no ciclo gravídico puerperal, como melhoria da qualidade do atendimento e consequente diminuição da morbimortalidade materna e neonatal.

Destaca-se que, na Atenção Básica, os profissionais poderão oferecer a essas usuárias uma atenção qualificada e segura, encorajando-as e fortalecendo-as ao parto normal.

O parto normal é um fenômeno fisiológico, natural e transformador para o binômio, com riscos mínimos, conforme evidências científicas (LEAL; GAMA, 2014). Ainda, muitos profissionais tendem a acreditar que esse momento apresenta riscos, que o parto tem que ser executado de maneira rápida, visto que pode apresentar complicações ou, até mesmo, que os corpos das gestantes não são propícios ao parto normal e, quanto mais um atendimento medicalizado e cheio de intervenções para o nascimento é um atendimento, melhor será para a mulher e para a criança.

No que se refere ao preparo para o parto normal, é no pré-natal que se deve apresentar a fisiologia do corpo da mulher e do parto, o que ocorrerá no trabalho de parto e no próprio parto, de forma simples, clara e objetiva, ajudando-a a lidar com seus medos e anseios, gerando, assim, um poder decisivo de escolha para essa gestante e propiciando a diminuição de cesarianas desnecessárias, que causam riscos para a saúde do binômio. Em consonância, o Ministério da Saúde, em duas publicações, afirma:

O preparo da gestante para o parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo. (BRASIL, 2001, p. 26).

Mediando a situação-problema exposta, emergiu a seguinte questão norteadora deste estudo: quais são as ações desenvolvidas pela enfermeira na Atenção Básica na preparação da mulher gestante para o parto normal e nascimento? O objetivo foi (re)conhecer as ações desenvolvidas pela enfermeira para a preparação para o parto e nascimento no contexto da Atenção Básica.

Método

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, descritiva, na perspectiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (WAGNER, 2012; JESUS *et al.*, 2013). Os sujeitos da pesquisa foram 25 enfermeiras (todas mulheres) lotadas em quatro clínicas da família, localizada no município do Rio de Janeiro (RJ).

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2020, mediante um roteiro de entrevista com perguntas semiestruturadas para a caracterização dos participantes e das ações que a enfermeira desenvolve no preparo da mulher-gestante para o parto e nascimento; é uma questão fenomenológica: considerando essas ações, o que você tem em vista ao assistir a mulher-gestante na Atenção Básica?

O estudo considerou todos os princípios ético-legais à pesquisa com seres humanos, contido na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012b), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIRIO, sob o número 4.054.672, em 28 de maio de 2020, e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), sob o número 4.103.534, em 22 de junho de 2020.

Para preservar o anonimato, as entrevistadas serão identificadas pela sigla ENF, de Enfermeira, seguida por número de ordem.

Resultados

Para contextualização, apresenta-se a situação biográfica das enfermeiras que atuam no pré-natal no contexto da Atenção Básica. O grupo de participantes do estudo é, em sua maioria, do sexo feminino, estão na faixa etária média de 34,24 anos, com tempo de graduação entre seis meses e dez anos como bacharel, com tempo de atuação na atenção básica entre quatro meses e oito anos, o tempo que atuam na instituição consiste em um mês a nove anos na mesma unidade de saúde.

Ao analisar a escolaridade dos participantes, dez enfermeiras relataram ter especialização em Saúde da Família, dez enfermeiras mencionaram residência em Saúde da Família, porém cinco dessas enfermeiras são residentes em formação. Outras especializações foram citadas, como oncologia, saúde do trabalhador, etc. Também, foi apontado por duas enfermeiras o mestrado em curso.

Com relação ao treinamento sobre pré-natal, nove entrevistadas relatam não ter recebido nenhum tipo de treinamento sobre o assunto, seja na vida acadêmica, seja na vida profissional, enquanto 16 enfermeiras relataram algum tipo de treinamento. Dos aspectos abordados nos treinamentos, foram focalizadas as seguintes temáticas: consulta pré-natal, orientações, todo acompanhamento pré-natal, exames, encaminhamento, humanização com a mulher, acolhimento mãe-bebê, sinais de risco, rede de apoio, parceiro, classificação de risco no pré-natal, vulnerabilidade social, amamentação, situação de parto e parto propriamente dito, dentre outros.

Identificou-se que as enfermeiras que expressaram não ter recebido nenhum treinamento pré-natal tinham entre sete e dez anos de bacharelado, com curso de especialização em seu currículo acadêmico.

Após a leitura e releitura dos depoimentos das participantes nas entrevistas, foram identificadas ações desenvolvidas por elas: ações educativas; ações

direcionadas à organização das instituições; ações voltadas para o corpo físico da mulher gestante; e ações direcionadas ao corpo físico do Recém-Nato (RN) e da mulher puérpera.

No que tange às ações assistenciais, essas profissionais estão centradas nas ações educativas. Destacamos os depoimentos das participantes:

[...] principalmente as orientações, nós que somos da Atenção Básica é o forte da APS [Atenção Primária à Saúde] que a gente tem. (ENF4).

São as ações de orientações [...] A gente orienta a partir de cada consulta de pré-natal. [...] Esclarecer as dúvidas que às vezes a gente orienta e não é aquilo que ela está querendo saber, às vezes dúvidas pontuais, eu acredito que a gente trabalha muito com educação em saúde. (ENF8).

Outro ponto que está direcionado às ações assistenciais está voltado, também, para a organização das instituições que orientam e direcionam o fluxo de atendimento da população no âmbito da Atenção Básica ou em outro nível institucional, como a maternidade. Como forma de ilustrar, trazemos o recorte da entrevista:

[...] quando era possível antes da pandemia, com 28 semanas a visita na maternidade [...] um preparo para você começar a, para você saber como que vai ser a maternidade, quais são suas expectativas, podendo tirar todas as suas dúvidas, como é a sala de parto, como é o alojamento conjunto, vai ter enfermeiras específicas que tem o treinamento, que tem essa capacitação que vão tirando todas as suas dúvidas. (ENF9).

Destacamos, também, que um dos pontos centrais presente nas ações das profissionais enfermeiras diz respeito a ações centradas no corpo físico da mulher gestante para a preparação para o parto e nascimento. Tais ações

estavam relacionadas diretamente ao trabalho de parto. Seguem depoimentos das entrevistadas:

[...] então, principalmente gestante bem no finalzinho eu começo a reforçar: quais são os principais sinais de trabalho de parto, o que é um sinal falso de trabalho de parto, o que é um sinal verdadeiro de trabalho de parto, quais os cuidados que ela tem que ter. (ENF1).

A gente consegue preparar mais para o finalzinho, no final da gestação que a gente tem, talvez seja um *feedback* melhor para o finalzinho mesmo, mas eu gostaria que fosse antes aquele preparo, entendeu. (ENF18).

Podemos observar que havia orientações diretamente voltadas para o trabalho de parto em si.

Ah, então, a gente sempre orienta a mulher na hora que está fazendo o pré-natal sobre quantas contrações por minuto que ela tem que começar a se preocupar para ir para a maternidade, a questão do sangramento, da perda de líquido amniótico [...] a contração de treinamento, o que é uma contração de treinamento? O que não é uma contração de treinamento que já é o trabalho de parto. (ENF14).

Eu faço orientações acerca do trabalho de parto [...] fase ativa, fase latente, o trabalho de parto em si né, benefícios do parto normal. (ENF19).

No que tange à preparação para o parto, foram reveladas ações que estão direta ou indiretamente relacionadas ao corpo físico da mulher gestante, ações essas que farão total diferença para a experiência positiva desse momento único, vivido por cada mulher, inclusive, envolvendo o pai do bebê.

[...] consultório de rua apesar de ser eu que faço o pré-natal é uma equipe multi, então ela é acolhida por toda equipe, toda equipe serve de base para tranquilizar a gestante. Acompanha a paciente em todas as situações, na

Unidade eu entro sempre, eu acompanho todos os exames, eu estou do lado da paciente, essa minha paciente que tem bronquite asmática, ela vem aqui nebulizar, eu estou aqui do lado dela, então essa é a diferença da equipe do consultório de rua para a equipe da Estratégia, uma equipe que se mantém presente em todo o processo da gestação, em todo esse caminho percorrido. (ENF3).

Eu sempre peço para eles virem e eu falo da importância de eles [pais] estarem também no pré-natal, desde o começo, e eu explico: oh, o seu filho está vivo, ele está dentro da sua esposa, então a maneira que você tem de demonstrar carinho hoje pelo seu filho, que você se importa com ele, então esse cuidar da sua esposa inicia-se até no momento tão simples, como trazer para o pré-natal que é o momento tão importante. A gente vai estar observando, cuidando de vocês pedindo os exames necessários, promovendo saúde, então esse momento do pré-natal não é um momento só da sua esposa e do neném, mas também o seu momento de está tendo a oportunidade de se fazer presente como pai, porque você já é pai. (ENF9).

Questões relacionadas às alterações do corpo da mulher gestante e o encaminhamento para maternidade de referência também são práticas desenvolvidas pelas enfermeiras para a assistência de qualidade e resolutiva.

Como são os sinais de alarme, saída de tampão, urina, a saída, romper da bolsa e elas confundem e acaba vindo aqui, só que na realidade, não é só confusão que eu já consegui tirar, entender o que acontece, é a forma acalorada, é a forma humanizada de se tratar, elas se sentem firmeza, elas se sentem mais confortada e mais segura com a gente. As vezes elas podem muito bem sair daqui direto para a maternidade, mas não, a gente faz o toque se tiver que fazer o toque, a gente ver o BCF [Batimento Cárdio Fetal] né, e aí verifica a pressão da mãe tudo direitinho e chama a cegonha carioca, vaga zero [...]. (ENF23).

Dentre as ações desenvolvidas para o preparo para o parto normal e nascimento, observa-se a temática dos direitos da mulher durante o ciclo gravídico puerperal, ao acompanhante, direitos trabalhistas.

[...] oriento sobre o direito delas ao planejamento de parto, mas às vezes na maternidade não cumprem todos os direitos que ela tem: direito ao acompanhante, o direito ao parto humanizado. (ENF12).

[...] orientar mesmo os direitos que essa gestante tem durante o trabalho de parto na maternidade, o direito ao acompanhante, o direito à licença maternidade até mesmo quando essa gestante adolescente está estudando no período que ela pode ficar em casa. Direito ao aleitamento materno exclusivo, que a criança tem e também, direito de até 15 dias de atestado para o aleitamento ser garantido mais 15 dias. (ENF17).

Durante o pré-natal, emergiu o relato de ações que estavam relacionadas ao puerpério e cuidados direcionados ao recém-nascido, podendo observar que a assistência não estava voltada somente ao ato do processo do parto e nascimento, mas também com as questões que envolvem o materno.

A gente realiza as orientações né, que a gente chama de depois do nascimento consulta mãe-pai-bebê que é a consulta que puérpera tem, a primeira consulta dela com a criança e aí ela tira muitas dúvidas, geralmente elas trazem muitas dúvidas sobre cuidados, sobre ganho ou perda de peso da criança, sobre eliminações fisiológicas, sobre apoiar na questão das dificuldades no aleitamento materno. Então, tem essa consulta que a gente chama de consulta mãe-pai-bebê, quando é só a mãe, consulta mãe-bebê [...] no terceiro trimestre de gestação a gente também reforça muito sobre a importância da realização do teste do pezinho, sobre a realização da [vacina] BCG né. (ENF20).

Identificou-se, portanto, que as ações desenvolvidas pelas enfermeiras na preparação para o parto e nascimento, no contexto da atenção básica são: ações educativas, ações direcionadas a organização das instituições, ações voltadas para o corpo físico da mulher gestante e ações direcionadas ao corpo físico do RN e da mulher puérpera.

Discussão

Conforme os depoimentos das participantes, a preparação para o parto e nascimento acontece mediante as orientações compartilhadas por profissionais enfermeiros durante as consultas de pré-natal. As ações educativas estão diretamente relacionadas ao autocuidado, facilitando o vínculo entre o profissional de saúde com a usuária e seus familiares, objetivando a promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012).

Neste caso, na preparação para o parto, as orientações dos sinais verdadeiros de trabalho de parto propriamente dito são abordados no final da gestação, porém o preparo deverá ocorrer em todo o pré-natal para que, assim, a mulher possa compreender melhor todas as mudanças neste processo e saiba melhor entender o que ocorre com seu corpo e com seu bebê durante o trabalho de parto e parto. Isso proporciona a mudança na maneira de como se relacionar com a forma de gestar, parir e nascer, possibilitando à mulher o protagonismo de todo o seu processo gravídico-puerperal (PROGIANTI; COSTA, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2018).

É de suma importância que as temáticas para a preparação para o parto tenham uma abordagem contínua a cada nova consulta de forma clara e objetiva, facilitando uma aproximação com o assunto, reflexão, troca de conhecimentos e aprofundamento. Tal encaminhamento facilita a compreensão e apreensão,

ampliando saberes sobre os temas abordados (BRASIL, 2012; BRITO *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2020).

Dentre as ações expostas, as relacionadas ao fluxo institucional foram citadas como uma conduta desenvolvida no contexto da assistência da enfermeira, impactando diretamente no vínculo das usuárias com o sistema de saúde e com os profissionais que prestam a assistência no ciclo gravídico-puerperal. Essa conduta propicia a qualidade da assistência, acolhimento, garantia de lei e influencia na percepção da linha de cuidado e autonomia da mulher gestante (BRASIL, 2002).

No contexto de preparação para o parto, as ações das enfermeiras emergiram de um olhar centrado no corpo, na fisiologia e no processo saúde/doença. Necessita-se de uma abordagem singular, considerando as reais necessidades daquela mulher/gestante/parturiente, incluindo todas as condições psicossociais para o momento de parto e nascimento. O Ministério da Saúde orienta que os profissionais preparem a mulher gestante para um parto normal, abordando as temáticas referentes a sinais de trabalho de parto, evolução do parto e nascimento e puerpério, não somente aos aspectos anatômicos, fisiológicos, mas também emocionais, como um dos critérios para aliviar a ansiedade da gestante, receios e medos (BRASIL, 2012a).

De acordo com Brito *et al.* (2015), é de suma importância, durante as consultas, facilitar que as gestantes exponham seus sentimentos com finalidade de tornar o momento prazeroso.

Durante o pré-natal, devem ser tratados não somente sinais e sintomas referentes ao trabalho de parto em si, para uma experiência positiva de gestar e parir, mas aspectos relacionados à segurança e ao emocional terão que ter um enfoque especial para atender a singularidade e os anseios de cada gestante em seu momento único. Em consonância, Brasil (2012a, p. 123) afirma que “[...] é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério.”

A literatura internacional aponta que preparar a mulher para o parto, tendo em vista os aspectos emocionais relativos à dor e o medo do momento parto propriamente dito, influenciará positivamente na saúde mental dessa mulher, gerando melhor desfecho relativo à forma de como lidar com o processo de parturição e na identificação precoce da depressão pós-parto (BRASIL, 2012a; DUNCAN *et al.*, 2017). Os mesmos autores afirmam, também, que esses sentimentos podem impactar a vivência da mulher no contexto do parto e puerpério, influenciando na relação e no vínculo dessa mulher com o seu bebê. “O medo do parto e as experiências negativas do parto estão ligados à depressão, e tudo isso pode levar a um menor ajustamento mãe-bebê nos períodos perinatal e pós-parto.” (DUNCAN *et al.*, 2017, p. 2).

Em relação ao que anteceder o trabalho de parto, as mulheres gestantes devem receber informações de como será este processo, o nascimento e puerpério, para que possam viver o ciclo gravídico puerperal positivamente e possam se empoderar em seu processo de gestar e parir de forma única, singular e sem intervenções desnecessárias. Caso não sejam orientadas sobre os sinais de trabalho de parto e todo esse caminhar até o puerpério, essa experiência e o empoderamento ficarão fragilizados, já que, durante a admissão e o acolhimento dessa gestante, as orientações sobre o momento de parturição serão de afirmação sobre os assuntos já discutidos no pré-natal (RODRIGUES *et al.*, 2018). Vale lembrar que os sinais e sintomas de trabalho de parto são: “[...] contrações dolorosas, rítmicas, pelo menos duas em 10 minutos, com duração de 50-60 segundos, fase ativa pode se iniciar com 5 cm de dilatação, formação da bolsa-das-águas, perda do tampão mucoso.” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014, p. 208-209).

Em concordância com os autores Rodrigues *et al.* (2018), Miguelutti, Cecatti e Makuch (2013), mulheres que foram orientadas sobre o momento de parto e nascimento conseguiram viver de uma forma positiva aquele momento e, também, conseguiram utilizar as tecnologias não farmacológicas para o alívio

da dor. Além disso, as orientações ajudam a diminuir os casos de internação precoces, prematuras, o que pode levar a uma possível cascata de intervenções desnecessárias (FÉLIX *et al.*, 2019).

No que tange às ações de alteração com o corpo físico, sinais de alerta, os profissionais apontaram ações de prevenção para a detecção de qualquer alteração na saúde dessa mulher gestante, como também sinais de alerta, como ganho de peso, sangramento, dentre outros, orientando a busca pela maternidade para uma melhor avaliação materno fetal. Conforme Brasil (2012a, p. 147), os sinais de alerta são: “[...] sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço.” As orientações voltadas para esses sinais são importantes para que a mulher possa compreender o que está acontecendo com seu corpo, assimilar o que é fisiológico e o que não é, para que, assim, possa ir à maternidade para uma avaliação obstétrica frente à demanda apresentada.

Outro aspecto que emergiu dos depoimentos das participantes foi relacionado às ações que estão direta e indiretamente ligadas ao corpo físico, que envolvem os múltiplos contextos de cada gestante.

Foi apontada a questão do trabalho em rede, impactando em uma assistência voltada aos aspectos biopsíquicosociais, atuando de forma singular para tranquilizar a mulher-gestante, gerando uma relação de segurança, vínculo e resolutividade. “O acompanhamento multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) mostra-se como uma forma de melhorar o acompanhamento pré-natal, garantindo atendimento da gestante de forma integral.” (FRANCO *et al.*, 2020, p. 63).

Um dos pontos mais abordados foi a presença do acompanhante no pré-natal, que é de extrema importância, pois é neste momento que ele será inserido em um novo contexto de gestar e parir, e ele poderá contribuir dando

apoio e encorajando essa mulher para uma experiência positiva na gestação e no parto (ZAMPIERI *et al.*, 2010; SOUSA *et al.*, 2020).

De acordo com Brasil (2012a), dentre os passos para o pré-natal qualificado, os passos 4 e 6 afirmam o direito do acompanhante, de uma escuta ativa e qualificada para compreender os anseios e as dúvidas tanto da gestante quando do parceiro, bem como a garantia do pré-natal do parceiro, visando o cuidado acolhido, informado pelo sistema de saúde e pelo profissional do território. Ainda, de acordo com Brasil (2012a), a participação do acompanhante deve ser estimulada em diferentes momentos nesse pré-natal, como nas consultas de pré-natal, grupo, preparo para o parto e no planejamento familiar.

O papel do acompanhante é de extrema importância para ajudar a mulher a atravessar o ciclo gravídico-puerperal de forma exitosa. Deste modo, faz-se necessária a troca de conhecimento e vivência desse(a) parceiro(a) no cenário do pré-natal e parto com o profissional que assiste essa mulher no contexto da Atenção Básica (BRASIL, 2001; SOUSA *et al.*, 2020).

O direito à permanência do acompanhante no cenário de parto foi citado e enfatizado nas ações desenvolvidas pelas enfermeiras entrevistadas. A Lei n. 11.108/2005 destaca o direito a acompanhante no cenário do pré-parto, parto e nascimento. A escolha do acompanhante deverá ser feita de acordo com o desejo da mulher gestante (BRASIL, 2012a). Essa rede de apoio impacta significativamente, visto que ambiente hospitalar é um local que gera insegurança, medo, apreensão de mudança de ambiente familiar para cenário hospitalar.

A presença do acompanhante proporciona a essa mulher uma segurança, um apoio, um aporte emocional, um vínculo entre eles e os profissionais de saúde, possibilitando, assim, uma experiência positiva nesse processo parturitivo. Desse modo, é de suma importância que o acompanhante traga paz e tranquilidade para que, nesse momento, ele apoie as escolhas da parturiente. Por isso a relevância do conhecimento sobre o processo de trabalho de parto e parto (GOMES *et al.*, 2019).

Em conformidade, os autores Bohren *et al.* (2017) relatam que a presença do acompanhante propicia um desfecho com menos probabilidade da necessidade intervenções, uma maior chance de um parto normal com apoio, confiança e segurança, o que contribui para um menor tempo de trabalho de parto/parto.

Foram trazidas à evidência depoimentos das enfermeiras direcionados aos direitos da mulher, preconizados em lei. O olhar das enfermeiras frente à cidadania do sujeito foi preponderante para uma assistência norteada pelo ver/enxergar a mulher, o binômio, trinômio e família como seres de direito e, ao compreendê-los como tais, facilitaram a troca de saberes, para o exercício pleno de seus direitos e deveres frente a esse contexto de gestar, parir e maternar.

Em consonância à assistência prestada por essas enfermeiras, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) enfatiza que a gestante deve ser informada quanto a seus direitos e benefícios nos âmbitos reprodutivo, social e trabalhista.

No que tange à Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a), ela aponta o direito a respeito do acompanhamento pré-natal, Lei do Acompanhante, a permanência do seu bebê em alojamento conjunto, aleitamento materno e orientações gerais referentes ao puerpério.

De acordo com a Lei n. 11.634/2007: “A gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade, onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde [...]” (BRASIL, 2012a, p. 285), amenizando o medo, anseio e peregrinação para o acesso da gestante ao sistema de saúde.

Desse modo, em 2011, teve-se a criação, pelo Ministério da Saúde da Rede Cegonha no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), exposto na Portaria n. 1.459/2011, objetivando assegurar cuidado integral à mulher no ciclo gravídico-puerperal, bem como direitos sexuais, planejamento reprodutivo, cuidado qualificado, baseado em boas práticas e humanizado, para a garantia de desfechos favoráveis tanto para mulher quanto para o seu recém-nascido, até os 24 meses de vida.

No tocante às leis trabalhistas, a gestante é amparada à permanência em seu trabalho até o 5º mês pós-parto, não podendo ser demitida de suas atividades laborais (BRASIL, 2012a). Além disso, é garantida a licença-maternidade “[...] a partir do 8º mês da gestação após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e dos demais benefícios.” (BRASIL, 2012a, p. 286). O pai também poderá gozar da licença à paternidade, conforme preconizado em lei.

Conforme a Lei n. 8.069/1990: “Art. 9º - O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade”.

Em síntese, essa mulher está amparada por lei para receber uma assistência de qualidade, resolutiva, de inclusão do parceiro(a), família, garantindo direitos em diferentes âmbitos e exercício pleno de sua cidadania e de seus direitos.

Outros aspectos foram apontados pelas enfermeiras, como ações relacionadas diretamente com o corpo físico do RN e da puérpera, ações essas direcionadas à amamentação, teste do pezinho e acolhimento mãe e bebê.

Preparar a mulher para vivenciar o puerpério, incentivando o aleitamento materno, reflete na criação de vínculo, diminuição de medos e anseios que envolvem o mundo de gestar, parir e, principalmente, de maternar (BRASIL, 2001).

Deste modo, Brasil (2012a) reafirma a importância da triagem neonatal, acolhimento mãe e bebê, tendo como foco avaliar aspectos físicos e psicológicos, já que é um momento de ter um olhar mais atento para esse binômio, respeitando as suas singularidades.

Conclusão

As ações desenvolvidas pelas enfermeiras estão conhecidas e reconhecidas para a preparação para o parto. Essas ações vão para além de assistir a mulher

no parto e nascimento. Elas garantem uma assistência presente, qualificada, humanizada, para além das normativas estabelecidas, norteadora no momento do gestar e partir. Existe, de fato, preparação, contudo certos pontos não foram trabalhados com maior relevância, como o aporte emocional. Acredita-se que o presente contexto mundial também tenha impactado significativamente no aprofundamento dos conhecimentos e para a viabilidade desses cuidados.

Destaca-se que o cuidado prestado pelas enfermeiras sofreu impacto negativo devido à crise sanitária atribuída à COVID-19 no âmbito da troca entre pares, nas ações, como a roda de gestante e visita da cegonha carioca. Desse modo, esse cuidado teve de ser repensado e readaptado para continuidade da atenção à saúde. A assistência prestada por essas enfermeiras apresenta um olhar ampliado ao estar face a face com as mulheres-gestantes, produzindo um momento de criação de vínculo, escuta ativa e qualificada para as reais demandas dessa mulher como pessoa e seres sociais.

Referências

BOHREN, M. A. *et al.* Continuous support for women during childbirth (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 7, n. 7, p. 1-133, July 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681500/>. Acesso em: 17 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 17 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 17 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.

BRITO, C. A. *et al.* Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 4, p. 470-478, jul./ago. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2738/pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.

DUNCAN, L. G. *et al.* Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 17, n. 140, p. 1-11, May 2017. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1319-3.pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.

FÉLIX, H. C. R. *et al.* Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 343-349, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3Mk45ZSNH3Z9zWV8QxStyHw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2022.

FRANCO, R. V. A. B. *et al.* Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da atenção primária à saúde. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 63-70, jun. 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/247>. Acesso em: 16 maio 2022.

GOMES, I. E. M. *et al.* Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. esp. 61, p. 1-18, nov. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34170/pdf>. Acesso em: 16 maio 2022.

JESUS, M. C. P. *et al.* A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo,

v. 47, n. 3, p. 736-741, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. M. Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Suppl. 1, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TfDWbFMJSGTBDGLBH5jrc5w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2022.

MIGUELUTTI, M. A.; CECATTI, J. G.; MAKUCH, M. Y. Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 13, n. 171, p. 1-8, Sept. 2013. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-13-171.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PAULO, F. G. G. N. **O preparo da mulher para o parto normal no contexto da atenção básica**: contribuição da enfermeira para uma assistência além do pré-natal. 2021. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2021/fernandagoncalves-grangeiro-nascimento-de-paulo/view>. Acesso em: 15 maio 2022.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivência de mulheres na gestação e no parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 256-263, mar./abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ypCfzgv57FwCrVHYqNWbfpM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2022.

RODRIGUES, F. R. *et al.* Pré-natal humanizado: estratégias de enfermagem na preparação para o parto ativo. **Revista Saúde em Foco**, ed. 10, p. 89-108, 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/010_PR%C3%89_NATAL_HUMANIZADO.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

SOUSA, A. J. C. *et al.* Desafios dos enfermeiros na preparação de casais para o parto. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 12, p. 1-16, dez. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/9137/9743/146965>. Acesso em: 12 abr. 2022.

WAGNER, H. T. R. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Alfred Schütz. Petrópolis: Vozes, 2012.

ZAMPIERI, M. F. M. *et al.* Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidades para transformação e reflexão da realidade. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-727, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/qj7Qyny5PL3SfKGcBDTpqmg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

Rastreo para depressão durante o período gravídico no Oeste de Santa Catarina

Marta Kolhs

Vanessa Aparecida Gasparin

Ingrid Manoella Borges

Thaís Marafon

Denize Antunes de Azambuja Zocche

Tifany Colomé Leal

Andreia Cristina Dall’Agnol

A gestação e a depressão

Durante toda a vida, o corpo feminino sofre inúmeras transformações. A gravidez é um processo fisiológico natural que faz com que o corpo da mulher sofra adaptações do início ao final da gestação. Nesse período, ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais com o objetivo de proporcionar condições para o adequado crescimento e desenvolvimento fetal, em equilíbrio com o organismo materno, como também repercute, de forma expressiva, no dia a dia da gestante (GANDOLFI *et al.*, 2019).

Todas essas mudanças vêm recheadas de sentimentos ambivalentes, tornando essa mulher mais propícia a conflitos emocionais. Diversos fatores e situações poderão contribuir para que esses sinais perdurem durante o puerpério (RODRIGUES *et al.*, 2019). Estima-se que os distúrbios mentais acometam

10% das gestantes no mundo inteiro, afetando, também, 13% das puérperas (MARQUES *et al.*, 2016). Alguns estudos sugerem que a depressão durante a gravidez tende a persistir durante o período pós-parto em cerca de metade dos casos (RIBEIRO *et al.*, 2019).

A depressão é um transtorno mental caracterizado por mudança de humor, tristeza persistente e pela perda de interesse em atividades diárias. É considerada o transtorno mais comum durante a gravidez e o principal fator de risco para a Transtorno Depressivo Maior (TDM) perinatal (RIBEIRO *et al.*, 2019). Ressalta-se que mulheres têm uma maior predisposição para a depressão, sendo este fato atribuído à genética, ao papel do gênero na sociedade e às diferenças hormonais. Devido às alterações hormonais, as mudanças de humor tendem a se intensificar durante a puberdade, a gravidez, o período pré-menstrual, o pós-parto e o período que antecede a menopausa (CORREIA, 2012).

Quando ocorre durante a gravidez, a depressão acarreta consequências alarmantes com repercussões negativas, não apenas na saúde materna, mas também na fetal, o que destaca a necessidade e a relevância da triagem desse transtorno na gravidez, assim como a identificação precoce das mulheres gestantes em risco de desenvolvê-lo (HARTMANN; SASSI; CESAR, 2017).

Consoante a isso, algumas correntes vêm trabalhando com a possibilidade de detecção precoce da depressão ainda durante a gestação. No entanto, um fator de grande relevância quando se fala sobre a detecção dos sintomas depressivos associados à gestação é a forma de rastreio. Pela inexistência de um instrumento específico para esse período, muitos autores têm utilizado a escala designada como “*Edinburgh Postnatal Depression Scale*” (EPDS), a qual consiste em um instrumento de autoavaliação composto por dez itens referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados (ANEXO A). É uma escala autoaplicável, com cada item dividido em quatro graduações. Uma pontuação igual ou superior

a 10 indica um rastreamento positivo para possível depressão que merece investigação (FIGUEIRA *et al.*, 2009).

Dessa forma, este capítulo tem como objetivo apresentar a caracterização das gestantes atendidas em um Centro de Saúde da Família (CSF) de um município do oeste catarinense e identificar os casos de sintomas depressivos por meio da aplicação da escala EPDS.

Caminho metodológico

Este trabalho compõe o macroprojeto intitulado: “Saúde mental das mulheres no seu ciclo gravídico-puerperal”, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

Foi escolhido um Centro de Saúde da Família (CSF) do município de Chapecó (SC) para ser o local do estudo. A escolha deste se deu pelo alto índice de mulheres gestantes. Ainda, o cenário de estudo caracteriza-se pela expressiva massa exposta à vulnerabilidade. O bairro conta com diversos loteamentos novos que fazem contraste na paisagem com a zona rural, bem como com ocupações irregulares. É conhecido, também, por abrigar cooperativas de reciclagem e um número crescente de estrangeiros, bem como seus moradores mais antigos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2020 a janeiro de 2021. As gestantes foram abordadas dentro da unidade de saúde antes ou após a consulta de pré-natal previamente agendada. As que aceitavam participar da pesquisa foram direcionadas a uma sala anexa a fim de garantir sua inteira privacidade. Foram incluídas gestantes maiores de 18 anos de idade em acompanhamento pré-natal, independente do trimestre gestacional, e excluídas

mulheres em tratamento psiquiátrico no momento da pesquisa. Foram coletados dados sociodemográficos e foi aplicada a escala EPDS.

Para a análise dos dados, foi utilizado o *software Statistical Packages for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foi utilizada a estatística descritiva e os dados foram apresentados mediante frequência absoluta e relativa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) sob parecer nº 3.944.875, e seguiu todos os preceitos éticos previstos pela Lei n. 466/2012.

Perfil das gestantes estudadas e interface com a literatura

Participaram do estudo 68 gestantes. Do total das gestantes entrevistadas, 71,6% tinham idade entre 18 a 30 anos e 52,9% se autodeclararam brancas. Quanto à nacionalidade, 92,6% se autodeclararam brasileiras. Observou-se a presença de gestantes de outras nacionalidades, raças e etnias, evidenciando os fluxos migratórios que vem ocorrendo no município.

Ao serem questionadas sobre suas moradias, as gestantes apontaram que 64,7% delas residiam em casas próprias, enquanto 32,4% moravam em casas alugadas. Nesse mesmo contexto, foi perguntado com quem residiam e 83,8% responderam que residiam com o companheiro, sendo que 5,9% dividiam a moradia com pessoas com quem não tinham vínculo familiar sanguíneo. Quando aplicada a escala EPDS, aproximadamente 1/3 das gestantes pontuou 10 ou mais, número este considerado um rastreamento positivo para depressão. As demais características das gestantes incluídas no estudo estão apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 1 – Caracterização da população de gestantes (n=68). Chapecó/SC, Brasil

Variável	N	%
Faixa Etária		
18 a 30 anos	48	71,6
31 a 40 anos	19	28,4
Naturalidade		
Brasileira	63	92,6
Haitiana	2	2,9
Venezuelana	3	4,4
Cor		
Branca	36	52,9
Negra	8	11,8
Parda	19	27,9
Amarela	5	7,4
Escolaridade		
Fundamental	17	25,0
Médio	41	60,3
Superior	8	11,8
Pós-graduação	2	2,9
Ocupação atual		
Do lar	38	55,9
Trabalho remunerado	30	44,1
Situação conjugal		
Casada	41	60,3
União estável	20	29,4
Divorciada	5	7,4
Solteira	1	1,5
Viúva	1	1,5
Renda familiar		
≤ 1 salário	11	16,7
De 1 a 3	47	71,2
> 3 salários	8	12,1

Moradia		
Própria	44	64,7
Cedida	2	2,9
Alugada	22	32,4
Reside com companheiro		
Sim	57	83,8
Não	11	16,2
Reside com pessoas que não possui vínculo familiar		
Sim	4	5,9
Não	64	94
Pontuação das gestantes escala EPDS		
1 a 9 pontos	46	67,6
≥ 10 pontos	22	32,4

Fonte: elaboração das autoras (2021), a partir de dados da pesquisa.

Das gestantes participantes do estudo, 7,3 % são imigrantes, com destaque para a nacionalidade haitiana. A partir de 2010, o Brasil passou a ser considerado um dos principais destinos dessa população (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018). Tem-se acompanhado, no município de Chapecó, a entrada de muitos imigrantes nos últimos anos. Segundo Secretaria Municipal de Serviço Social, atualmente, se tem em torno de 15 mil estrangeiros entre eles Haitianos, Venezuelanos, Senegaleses e Argentinos, atraídos, especialmente, pelo vasto trabalho na agroindústria e a boa qualidade de vida (CHAPECÓ, 2021). Apesar de a população de imigrantes ser majoritariamente masculina, observa-se a crescente chegada de mulheres no território, estas em idade fértil e, por vezes, com intuito de gestarem.

No que tange a características socioeconômicas, dados prévios mostram que a maioria das mulheres que apresentam depressão na gestação não planejaram a gravidez, tem como profissão a do lar, possuem escolaridade mediana (ensino fundamental, no máximo o ensino médio, muitas vezes, incompleto) e possuem

renda familiar girando em torno de um a três salários-mínimos (BORGES *et al.*, 2011). Muitas dessas características podem ser observadas neste estudo, que, apesar de não propor associações entre um rastreamento positivo e as características das gestantes pesquisadas, apresenta variáveis que demandam atenção.

Um fator com potencial de estresse na vida das mulheres está relacionado ao fato de muitas delas serem donas de casa – do lar, visto as jornadas cansativas, rotineiras, inacabadas e, na maioria das vezes, não remunerada ou nem mesmo reconhecida pelo grupo familiar (SANTOS; DINIZ, 2018).

A relação entre a baixa escolaridade das mulheres com a precocidade das gestações já está posta na literatura, visto que estão intrinsecamente ligadas (MENDES, 2010). Ainda, evidências tem mostrado que a baixa renda familiar interfere na vida das mulheres de diversas formas, dentre elas: limitando o acesso a serviços de saúde; reduzindo a inserção em programas de saúde sexual e reprodutiva; postergando o início do pré-natal; e reduzindo o número de consultas, resultando, assim, em baixa adesão e, até mesmo, no abandono da assistência (XAVIER *et al.*, 2013).

Quanto aos parceiros fixos, observa-se que, apesar de a maioria das mulheres possuírem parceiro e residirem com eles, quando estes não oferecem suporte adequado, podem estar predispostos a quadros de ansiedade, angústia e tristeza. Sendo assim, é importante que o homem esteja preparado e ciente desta dinâmica, já que ele também fará parte desse processo de adaptações e mudanças, fazendo, assim, deste um momento único e tranquilo para todos (BRASIL, 2016).

Em relação ao rastreio para depressão em gestantes, observou-se que mais de 32% das gestantes foram rastreadas de forma positiva e, conseqüentemente, apresentam risco de desenvolver depressão. Essa taxa foi a maior que a encontrada por Silva *et al.* (2010) na cidade de Pelotas (RS), onde 21,2% foram rastreadas de forma positiva e semelhante ao estudo realizado por Lima *et al.* (2017), em que 38,5% foram identificadas com sintomas depressivos em alguma etapa da

gestação. O achado desse estudo, também, é superior quando comparado ao cenário internacional, a exemplo da Etiópia, o qual apresentou a prevalência de depressão em 24,9% no último trimestre da gestação (BIRATU; HAILE, 2015).

Tanto no período da gestação quanto no puerpério, a atenção está, geralmente, voltada para o bebê e quase minimamente para mulher/mãe. Assim, na gravidez, alguns sinais relacionados à depressão podem aparecer ao longo dos meses. Muitas vezes, estes sinais são deixados de lado, ou seja, normalizados, como constituindo um estado natural decorrente da gestação. É nesse momento que as consultas pré-natais se tornam ainda mais relevantes para um diagnóstico precoce (LIMA *et al.*, 2017).

O pré-natal tem papel fundamental na prevenção e na detecção das mais variadas patologias maternas e do bebê, podendo, assim, prevenir agravos à gestante. Devem ser consideradas as diversas informações que o diálogo entre profissional e gestante proporciona. Cada informação compartilhada pode ser potencial de vínculo, o que auxilia no processo de assistência e cuidado a gestante (BRASIL, 2018).

Diante disso, vale observar que os profissionais de saúde precisam atentar ao estado psicoemocional e social da gestante e utilizar de instrumentos que possam rastrear algum sofrimento mental não tão evidente no momento do atendimento. Para tal, entende-se que é imprescindível a consulta compartilhada, ações interdisciplinares entre a equipe na busca por ferramentas que possam contribuir para uma assistência qualificada e integral.

A depressão no período gestacional é um transtorno mental que está cada vez mais presente na realidade da vida das pessoas, contudo, observam-se poucos estudos voltados para a área e a inexistência de um instrumento específico direcionado à população de gestantes, dificultando o rastreamento e diagnóstico precoce, bem como o tratamento em momento oportuno.

Considerações acerca da depressão em gestantes e a equipe de saúde

Os achados deste capítulo enaltecem a relevância da assistência qualificada em saúde prestada à população de gestantes. O acompanhamento pré-natal realizado de forma integral e multiprofissional pode favorecer o rastreamento e a detecção precoce de gestantes que possam apresentar sintomas depressivos.

Ações como a educação continuada e a sensibilização para o trabalho em equipe podem ser efetivas para que haja o reconhecimento e o acolhimento aos sinais e sintomas depressivos, assim como a atuação segundo a rede de atenção em saúde. Vale ressaltar, também, a importância da intersetorialidade atuando de modo a ajudar a romper barreiras estabelecendo elos de apoio entre a família/comunidade e à Atenção Primária à Saúde, ao Centro de Atenção Psicossocial, ao Centro de Referência em Assistência Social, dentre outras.

Sugere-se, ao final deste estudo e capítulo, a adaptação e/ou a criação de um instrumento direcionado ao diagnóstico precoce da depressão em gestantes, visto que o utilizado neste estudo é destinado às puérperas. Entende-se que essa população possui particularidades que podem predispor ao aparecimento de sintomas depressivos, que, muitas vezes, são negligenciados durante a assistência rotineira, e a utilização de um instrumento poderia ser uma estratégia efetiva de assistência integral a essa população.

Referências

BATISTA, D. R. R.; GUGELMIN, S. A.; MURARO, A. P. Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 2, p. 327-336, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/Rp5SZVsmXQgsV3DrZcbKf6C/?lang=pt>. Acesso em: 8 jul. 2021.

BIRATU, A.; HAILE, D. Prevalência de depressão pré-natal e fatores associados entre mulheres grávidas em Addis Ababa, Etiópia: um estudo transversal. **Reproductive Health**, London, v. 12, out. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26514827/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

BORGES, D. A. *et al.* A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, São Sebastião do Paraíso, v. 1, n. 1, p. 85-99, dez. 2011. Disponível em: <http://www.libertas.edu.br/revistalibertas/revistalibertas1/artigo6.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CHAPECÓ (Município). **Secretária de Serviço Social**. Chapecó, 2021. Disponível em: <https://www.chapeco.sc.gov.br/conteudo/30/assistencia-social>. Acesso em: 2 dez. 2021.

CORREIA, A. R. P. **Depressão na gravidez**. 2012. 26 f. Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica (Mestrado Integrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/302961222.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

FIGUEIRA, P. *et al.* Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, Suppl. 1, p. 79-84, abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zWVzN5t5d9WMK3y9tXVbQXM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2021.

GANDOLFI, F. R. R. *et al.* Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v. 27, n. 1, p. 126-131, jun./ago. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200629.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

HARTMANN, J. M.; SASSI, R. M.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VqTcfSwmyjxB8CRCDcRjYf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2021.

LIMA, M. O. P. *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 39-46, jan. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307050739007.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MARQUES, L. C. *et al.* Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra, v. 1, n. 2, p. 145-159, dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1588>. Acesso em: 2 jun. 2021.

MENDES, B. R. **A influência da escolaridade na gravidez não planejada em adolescentes**. 2010. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2583.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2021.

RIBEIRO, S. V. O. *et al.* Violência e sintomas de depressão na gestação e materna na coorte BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 1, p. 185-196, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/gn-fBQhZG9vKz6CG6Dv9JHGw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2021.

RODRIGUES, W. L. C. *et al.* Consequências da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil: revisão integrativa. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 250, p. 2728-2733, mar. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996254>. Acesso em: 3 mar. 2021.

SANTOS, A. S.; DINIZ, G. R. S. Saúde Mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v30n1/03.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2021.

SILVA, R. A. *et al.* Transtornos mentais comuns e autoestima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1832-1838, set. 2010. Disponível em: www.scielo.br/j/csp/a/Jj9BzRfhhGNpyd4N7SBQmsP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 maio 2021.

XAVIER, R. B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zBYfwQg3fLFcnc8PkVCX8NN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

Anexo A – Escala de Edimburgo

Edinburgh Postnatal Depression Scale – versão validada para o Português

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito frequentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma

- Sim, muitas vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

Fonte: Santos *et al.* (2007).

Tecnologias e competências essenciais à gestão do trabalho na Atenção Primária à Saúde

Jacqueline Hermes

Carine Vendruscolo

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Letícia de Lima Trindade

Rosana Amora Ascari

Rafael Marcelo Soder

Introdução

Ao primar por atender às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dispositivo instituído para garantir a expansão, a qualificação e a consolidação do primeiro nível de cuidados no Brasil. Atualmente, a ESF é compreendida como uma inovação tecnológica em relação à organização dos serviços e das relações de trabalho (SORATTO *et al.*, 2015). Na prática de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), observam-se fragilidades comuns ou específicas de uma ou outra realidade. Isso se deve, sobretudo, ao fato de que o trabalho requer competências que vão além do conhecimento científico, pois o profissional das equipes de saúde assume, também, responsabilidades sociais por meio da interação usuário e profissional com a criação de vínculo e responsabilização (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Há evidências sobre os desafios na gestão em saúde, especialmente na tomada de decisão e na gestão dos conflitos (MARTINS *et al.*, 2020) relacionados a trabalhar em local que não é de sua preferência, sobrecarga e violência no trabalho, problemas na estrutura física, falhas na rede de atenção e dificuldades nas relações de trabalho (SORATTO *et al.*, 2017). O sofrimento no trabalho pode estar associado a problemas de gestão, à maneira como se estabelecem as relações no ambiente de atuação, e ainda, ao excesso de trabalho (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Em relação ao cargo de gestor das equipes de saúde na APS, essa função não é atribuída a nenhuma categoria profissional específica. Contudo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua última versão, recomenda a inclusão de um Gerente de Atenção Básica, para o qual requer requisitos como: qualificação, experiência, preferencialmente, formação superior e não integrar as equipes vinculadas à Unidade Básica de Saúde (UBS). A Política considera a função exclusivamente técnico-gerencial, voltada para a coordenação do processo de trabalho das equipes e das ações (BRASIL, 2017).

São inúmeras as competências necessárias aos profissionais de saúde, a fim de contribuir, efetivamente, para a consolidação do SUS, sobretudo relacionadas às atividades gerenciais, assistenciais e educativas. Em geral, as competências estão relacionadas à capacidade humana para realizar tarefas específicas, como elementos essenciais que permitem as empresas concentrar-se nos aspectos essenciais do seu empreendimento. Dessa forma, podem dispor de um talento humano composto por conhecimentos, habilidades e atitudes para desenvolver o seu trabalho de forma efetiva e buscar respostas aos desafios do mundo globalizado (LOWEN *et al.*, 2015; LOPES *et al.*, 2020).

Com tais argumentos, afirma-se sobre a relevância dessa investigação, pois, para que a APS/ESF se consolide, fazem-se necessários profissionais gestores que sejam protagonistas, dispostos a ampliar o seu núcleo de conhecimento. Para tanto, precisam desenvolver competências técnicas considerando as dimensões

ético-política e de gestão do trabalho em saúde, tendo como imagem objetivo a qualidade do cuidado e a gestão de excelência.

Emergem, com base nessas reflexões, dúvidas sobre que outras competências são essenciais à gestão do trabalho na APS sob a perspectiva dos atores imbricados no processo? Ainda, quais tecnologias organizacionais poderiam contribuir nessa direção? O presente estudo teve como objetivos: identificar as competências essenciais à gestão do trabalho na APS e desenvolver, coletivamente, uma tecnologia organizacional para qualificar a gestão em uma equipe.

Métodos

Pesquisa qualitativa, de caráter participativo, do tipo pesquisa-ação. O cenário do estudo foi uma UBS composta por uma equipe de Atenção Básica, como é reconhecida a APS no SUS, em um município do Extremo Oeste catarinense. A escolha do local foi intencional em razão da pesquisadora atuar como enfermeira desta equipe. A pesquisa envolveu representantes dos segmentos: ensino, assistência, gestão e controle social no âmbito da APS. A pesquisadora representou o segmento ensino pelo seu envolvimento com a Universidade, estando ela na qualidade de mestranda. Os critérios para inclusão dos demais participantes do estudo foram: para o segmento assistência, ser profissional e atuar nesta equipe no momento da pesquisa; para o segmento gestão, atuar em algum cargo dessa ordem na APS no momento da pesquisa; e, para o segmento controle social, representar o usuário de saúde em uma instância específica (Conselhos ou outro). Como critério de exclusão para todos, foi: estar em afastamento das atividades (férias, atestado e licença maternidade).

O estudo contou com 15 participantes, sendo eles: um médico, uma enfermeira (a pesquisadora/facilitadora), um cirurgião dentista, uma técnica de Enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de serviços gerais, três agentes comunitários

de saúde, o gestor da Secretaria Municipal de Saúde, a diretora de Atenção Básica, a coordenadora do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e três usuários representantes do controle social.

A produção das informações emergiu da proposta metodológica da pesquisa-ação (FRANCO, 2016), organizada em cinco encontros que foram audiogravados e cujos diálogos foram transcritos na íntegra para posterior análise. Os encontros foram organizados a partir de um Seminário central, e os demais, no formato de rodas de conversa, que ocorreram na UBS de maio a dezembro de 2019, tiveram duração de, aproximadamente, 90 minutos e contaram, em média, com 12 participantes cada. Durante as rodas de conversa, foram utilizadas questões disparadoras, como: quais características e/ou competências são necessárias ao cargo de gestão nos serviços de saúde? Como agiria um bom gestor? Que ferramentas/tecnologias poderiam auxiliar para a gestão do trabalho na APS?

O tratamento das informações ocorreu concomitantemente à sua produção, com base na proposta operativa de Análise de Conteúdo (MINAYO; GUALHANO, 2016), emergindo três categorias da análise dos dados: Gestão na Atenção Primária: competências do gestor/gerente; Trabalho em equipe: uma competência necessária à gestão compartilhada e; Tecnologias para a cogestão na Atenção Primária à Saúde.

O resultado dos encontros gerou a construção e validação de um Fluxograma orientador do itinerário do usuário pelos serviços, disponíveis na UBS (RODRIGUES *et al.*, 2019), cuja validação deu-se por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), através de uma escala tipo *Likert* (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015), pelos próprios participantes. Nesta, os participantes respondem perguntas, atribuindo notas de 1 a 4. O cálculo do IVC é realizado mediante somatória das respostas '3' e '4' de cada participante em cada item do questionário e divide-se a soma pelo número total de respostas. A taxa aceitável de concordância ao analisar cada item individualmente é acima de 0,70 e recomenda-se, minimamente, a pontuação de 0,80 para uma análise geral.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos exigidos e preconizados pelas Resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos local, segundo o parecer nº 3.140.187/2019. Para manter o anonimato dos participantes, estes foram identificados no estudo com a letra P de (participantes), seguido por um número arábico crescente e pelo nome do segmento que eles representam (gestão, atenção, controle social, ensino).

Resultados

A Tabela 1, a seguir, apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo sexo, idade, tempo de serviço e segmento representativo. Itapiranga – SC, Brasil, 2020

Variável	N
Sexo	
Feminino	12
Masculino	03
Idade	
30-39	05
40-49	04
50-59	05
60-69	01
Tempo de Serviço em Saúde	
Não se aplica	01
Menos de 1 ano	07
De 1 a 4 anos	04
De 5 a 10 anos	02
Mais de 10 anos	01

	Segmento	
Controle Social		03
Gestão em Saúde		02
Atenção		09
Ensino		01

Fonte: elaboração dos autores (2020).

A seguir, apresentam-se as categorias que emergiram das unidades de registro e que compuseram os resultados para subsidiar o grupo de participantes na elaboração do Fluxograma.

Gestão na Atenção Primária: competências do gestor/gerente

As questões disparadoras fomentaram a reflexão dos representantes dos segmentos, que relataram suas percepções e destacaram as competências: ser referência para a equipe, justo, humilde, tranquilo, capaz de avaliar e tomar decisões:

A primeira coisa é ter tranquilidade, porque muitas coisas vão acontecer ao mesmo tempo e se tu não tiveres tranquilidade, tempo para pensar, vais acabar tomando decisões que vão afetar outras pessoas, tentar ser justo com todo o mundo, porque num ambiente de trabalho ninguém é melhor do que ninguém, bom senso para tentar resolver as situações que se apresentam. Às vezes, as coisas ‘pegam fogo’, então a gente tem que procurar avaliar as situações e tentar resolver da melhor forma para todos. (P7/gestão).

O gestor é um facilitador. Existe um ambiente com várias pessoas em volta, então, essa pessoa é um ponto de referência, um exemplo, ele está ali para facilitar as coisas, em sintonia, e essa questão da justiça, do justo, ele é fundamental, o gestor é um ser humano, ele erra, ele falha, mas o importante é ter humildade. (P2/controle social).

O gestor nem sempre trabalha com coisas boas, normalmente, quando a pessoa chega nele já são situações desagradáveis e a pessoa tem que saber administrar isso. (P6/ensino).

O conhecimento foi citado, embora com menos ênfase quando comparado com competências ligadas a características que dizem respeito à personalidade e à capacidade de comunicação, como referem nos depoimentos:

O diálogo, às vezes só com um diálogo breve com uma pessoa você já resolve, não precisa nem às vezes ser uma reunião, só uma conversa. (P8/atenção).

Outra coisa também é o bom senso, às vezes a gente não consegue ficar tranquila, às vezes a gente não consegue ser justo com todos, mas assim tu tens que usar um jogo de cintura e o bom senso para tentar resolver as situações que se apresentam. (P7/gestão).

Ter um conhecimento daquilo que você vai gerir uma visão bem ampla daquilo que você vai gerir também. (P8/atenção).

E tem que ser um bom mediador também, porque você precisa sempre ouvir os dois lados, para chegar, pra chegar a um resultado que seja bom para ambas as partes. (P11/atenção).

Trabalhar em equipe: uma competência necessária à gestão compartilhada

O momento de interação, proporcionado pela realização de uma dinâmica com o grupo, fez emergir reflexões sobre as circunstâncias desconhecidas e/ou desafiadoras do trabalho em equipe. Para os participantes, é preciso um amadurecimento para lidar com situações como a competição, por exemplo:

Só que realmente, no trabalho é isso que acontece em determinadas situações, um quer sempre estar na frente do outro [fazendo alusão à dinâmica]. (P5/ controle social).

Nós queríamos chegar primeiro [referindo-se à dinâmica, que propunha vencer o desafio proposto]. (P12/controle social).

Mas isso é uma coisa natural do ser humano, pode fazer essa dinâmica em qualquer lugar, eu já participei de várias, é muito difícil uma equipe parar para pensar, a não ser que ela esteja muito madura. (P2/usuário).

Faz pensar que dentro da equipe, a gente é colega, mas está sempre competindo. (P11/profissional).

Para nós [quem estava assistindo a dinâmica], vocês [voluntários do grupo que participavam da dinâmica] estavam competindo né? Não deveria ser assim. (P2/controle social).

No entanto, embora tenha se destacado uma atitude competitiva, foi possível identificar a satisfação do grupo com o trabalho executado e características que demonstram o interesse comum em superar certos excessos, valorizando as potencialidades da equipe para assistir com êxito os usuários (objetivo declarado pela equipe) e qualificar o trabalho. Nesse momento, eles reconhecem que realizar a gestão de forma compartilhada pode ser um caminho profícuo:

No trabalho não é competição, você quer chegar ao bem comum, objetivo final tem que ser só um, todo mundo 'ganhar o bis' [prêmio utilizado na dinâmica], todo mundo satisfazer o paciente. (P8/atenção).

Mas isso nem sempre é a nossa realidade, nós nos dividimos aqui no posto. Precisamos rever isso e fazer a gestão de maneira mais colaborativa, compartilhada [...]. (P14/atenção).

Eu me sinto muito feliz de morar aqui num bairro com toda essa capacidade e assistência que nós temos em relação à saúde, eu sou feliz por isso, eu sei que sempre tem muita coisa que a gente pode melhorar e evoluir, mas a gente tem que enxergar isso. (P2/control social).

Como ponto forte nos depoimentos, evidenciam-se o entrosamento da equipe, o carinho e o respeito que existe entre os colegas. Os participantes que representaram os usuários demonstraram a gratidão por residirem no território, terem acesso aos serviços de saúde e pela proximidade (vínculo) que eles possuem com os profissionais da equipe.

Tecnologias para a cogestão na Atenção Primária à Saúde

Ao serem questionados sobre ferramentas/tecnologias utilizadas no trabalho, sobretudo para o planejamento das ações, os participantes destacaram as reuniões de equipe e o uso de tecnologias, como telefone e internet, as quais facilitam a comunicação e potencializam os processos administrativos com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Também, chamam a atenção para o diálogo como importante meio para a resolução de problemas.

Reunião pode ser considerada uma ferramenta. (P6/ensino).

Talvez os grupos de *WhatsApp* de trabalho seria uma ferramenta? Que a gente utiliza para a comunicação, às vezes a gente está longe e precisa resolver alguma questão ou uma situação. (P7/gestão).

A informação é muito importante ajuda a ver melhor o trabalho do posto de saúde, que não é só vim aqui consultar, pegar medicamento, tem que criar uma relação com o usuário. (P5/control social).

O uso de tecnologias que já existem, como manuais, cartilhas e protocolos, foi pouco referenciado pelos participantes, nem sempre utilizados por falta de

tempo e esgotamento dos profissionais, o que contribui para que não seja uma rotina da equipe operar com eles.

Os protocolos já estão desenvolvidos, mas no atender, atender, atender [...] a gente deixa de olhar, não é? Por isso que é tão importante esse momento de parar, a gente pode pensar melhor como trabalhar com as ferramentas que a gente já tem. (P15/ensino).

Ações realizadas em equipe também foram sinalizadas como uma possibilidade de organização do trabalho, com destaque à necessidade de espaços dialógicos, pois os participantes relataram que, por vezes, normas e rotinas de manuais e protocolos podem burocratizar ações, inviabilizando sua utilização em situações rotineiras dos serviços de saúde.

Temos que fazer a nossa parte, focar em determinada família, ver se essa família quer a nossa atenção, não é? Então, fecha às dez horas da manhã o 'posto' e pronto, vamos nos reunir para aquela uma hora, uma hora e meia, ou a tarde, eu acho que isso é fundamental para compartilhar o que acontece. (P1/atenção).

Vamos fazer entre nós, equipe, sentar e parar, todo mundo falar a mesma linguagem e botar isso em prática, colaborando um com o outro. (P1/atenção).

A informação é muito importante, as pessoas precisam estar informadas sobre o que acontece, e com isso também, ajudar a ver melhor o trabalho do 'posto de saúde', que não é só vim aqui consultar, pegar medicamento, essa relação tem que criar mais com o usuário. (P5/controle social).

Foi unânime a percepção sobre a necessidade de organizar o trabalho e envolver a equipe de forma interativa, bem como representantes da comunidade, criando vínculo e buscando, por meio da gestão compartilhada, agregar os

diferentes olhares para atender as necessidades de saúde do território e promover um ambiente de trabalho saudável. Dessa forma, foi proposta a construção do Fluxograma orientador do itinerário do usuário nos serviços da UBS como tecnologia para a organização do trabalho na APS. Após o desenho da tecnologia, com base na problematização das discussões do grupo, a facilitadora encaminhou o Fluxograma para validação. A Tabela 2 apresenta o IVC atribuído pelos participantes do estudo.

Tabela 2 – Índice de Validade de Conteúdo realizado com os participantes do estudo. Itapiranga – SC, Brasil, 2019

Blocos	Índice de Validade de Conteúdo
Formato e Apresentação visual	1
Escolha e Relevância do tema	1
Clareza e Aplicabilidade do instrumento	0,93
Contempla os serviços básicos de saúde	1
Pode ser considerado uma ferramenta de padronização	1

Fonte: elaboração dos autores (2020).

Para a validação, utilizou-se o IVC, sendo que, dos 15 participantes do estudo, 14 participaram da validação. Para isso, cada bloco foi avaliado separadamente, conforme tabela 1. No bloco Clareza e Aplicabilidade do instrumento, um dos avaliadores atribuiu nota 2, e os demais, nota 3 ou 4, o que resultou IVC de 0,92. Nos blocos: Formato e Apresentação visual; Escolha e Relevância do tema; Contempla os serviços básicos de saúde; e Pode ser considerado uma ferramenta de padronização, obteve-se um IVC de 1, pois todos os avaliadores atribuíram notas 3 ou 4. Percentualmente falando, esses blocos obtiveram 100% na sua validação. Nenhum novo ajuste ou sugestão foi citado no instrumento de validação. Ainda, pode-se dizer que o percentual total de concordância foi de 0,98%. Assim, o Fluxograma foi validado e está em uso no cotidiano de atuação dos participantes.

Discussão

O perfil dos representantes do segmento atenção revela uma condição de tempo de atuação mínima acima de três anos, média de tempo considerada adequada de acordo com a prescrição da PNAB (BRASIL, 2017), no que diz respeito ao reconhecimento do território e à construção de vínculos com os usuários e com a comunidade. Como porta de entrada prioritária para os serviços de saúde, na APS, as relações interpessoais e o vínculo são importantes meios para o alcance dos seus atributos (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). Ainda sobre esse tempo de atuação profissional, trata-se de um fator que é fundamental, já que, entre os atributos essenciais que direcionam as ações na APS, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado ganham destaque e estão diretamente relacionados com o tempo de serviço dos profissionais. A longitudinalidade se refere ao acompanhamento contínuo do paciente ao longo do tempo e interfere diretamente na qualidade do cuidado (LIMA *et al.*, 2018).

No que diz respeito aos profissionais que representaram a gestão, um deles já atuou como gestor de saúde em outro momento da carreira e está em exercício novamente há três anos, sendo o tempo estimado de 6-10 anos nessa função. Vale mencionar que ele não possui formação em saúde. A outra representante do segmento conta com formação superior na área da saúde e está na função há menos de um ano, sendo esta sua primeira experiência como diretora de saúde. Os representantes da gestão foram contratados via cargo de indicação política/comissionado. Quanto a esse aspecto, na literatura, encontrou-se uma análise crítica sobre o fato de que cargos de gestão, em grande parte, da realidade brasileira, nos quais eles constituem-se como função de confiança e/ou indicação política (PESSOA *et al.*, 2020).

Os participantes que representavam o segmento do controle social participaram, pela primeira vez de uma pesquisa, embora já tenham se envolvido em outros movimentos com representação social, como o Conselhos Municipais de Saúde (CMS), as Conferências Municipais e audiências públicas. Estudos demonstram que a representatividade incipiente do controle social em instâncias de decisão na área da saúde pode interferir negativamente, considerando sua relação no reconhecimento de demandas das comunidades. Apesar de a participação nas decisões em saúde ser um direito garantido por lei no Brasil mediante a ação denominada controle social, exercida, em especial, nos conselhos gestores, ela ainda não é exercida efetivamente (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018; HOPPE *et al.*, 2017).

Dos 15 participantes, 12 eram do sexo feminino, o que revela, mais uma vez, a prevalência de mulheres no setor saúde. Em estudo que avaliou o perfil de médicos e enfermeiros que atuam na região da Zona da Mata no Estado de Minas Gerais, se constatou que 83,8% dos enfermeiros eram do sexo feminino, enquanto, na categoria profissional médica, 53,3% eram do sexo feminino (SANTOS *et al.*, 2019).

Ficou evidente a preocupação e o envolvimento da equipe com o desafio, implícito no estudo, de repensar a sua prática cotidiana de trabalho. Nessa direção, um dos principais temas problematizados foi que fazer gestão em saúde significa estabelecer conexões entre as necessidades dos usuários e, simultaneamente, entender a equipe que desenvolve o cuidado. Isso pode ser facilitado com a utilização de ferramentas específicas de planejamento, como a definição de fluxos, a troca de informações sobre o usuário, as estratégias de gestão de conflito, a construção de redes do cuidado e a avaliação contínua do processo de trabalho (MARTINS *et al.*, 2020; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Ao destacarem como características essenciais ao gestor de saúde o conhecimento, a liderança, a mediação de conflitos, o pensamento de equipe e a capacidade de ser justo, os participantes legitimam a literatura no que diz respeito à importância de competências, tais como: conhecimento; atitude (saber,

saber-fazer e saber agir); visão global; comunicação assertiva; coordenação; negociação; planejamento; flexibilidade; capacidade técnica, profissional, ética e política; além de trabalhar em equipe mantendo um bom relacionamento com o usuário, bem como com os colaboradores; e a capacidade de resolver conflitos (MARTINS *et al.*, 2020; GABARDO *et al.*, 2017; PAIVA *et al.*, 2018).

O grupo de representantes dos diferentes segmentos identifica como competências necessárias ao gestor a liderança e a habilidade, que se destacam na busca de resolver conflitos, de maneira convergente a outros estudos que sinalizam o conhecimento e as competências técnicas como atributos prioritários à função, como potencial interface no estilo de liderança adotado. Assim, atenta-se para a importância de investir em processos de educação permanente dos profissionais, incluindo dos gestores (PINAFO *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2017), pois estes estão transversalmente envolvidos na organização do sistema de saúde. Ainda nesse contexto, pode-se salientar a importância de as abordagens abarcarem essas temáticas no ensino da graduação nas áreas da saúde, construindo um percurso formativo análogo à realidade profissional.

Quanto à formação técnica dos gestores, em estudo realizado nos setores público e privado, os gestores reconhecem que faltam profissionais preparados para atuar no SUS. Associam a este fato a insatisfatória formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, bem como a incipiente educação permanente e, também, os limites nas trocas de vivências e experiências metodológicas inovadoras que possam fomentar as competências reconhecidas pelas equipes como essenciais. Os autores citam a necessidade de gestores com capacidades, para além das tradicionais, que são inerentes ao cargo devido à complexidade do setor (KARAM *et al.*, 2018).

Outra competência pontuada pelos participantes foi o trabalho em equipe, o qual caracteriza-se pela abordagem multiprofissional, fundamentada no bom senso, na escuta, na cooperação, no respeito e na empatia. O trabalho em equipe é

uma forma de organizar o trabalho que aproxima as ações e os saberes de diferentes categorias profissionais em busca de consenso, o que implica a qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da população (LOWEN *et al.*, 2015). Nessa perspectiva, os dados, também, demonstram uma atitude que corrobora a abordagem interprofissional, a partir da interpretação da equipe de que vínculos e possibilidades de aliança entre trabalhadores e usuários são profícuos à defesa de condições legítimas para qualificação do trabalho colaborativo. O conceito de interprofissionalidade tem a ver com o ideário de trabalho em equipe e negociação de processos decisórios mediante a construção coletiva e reflexiva de conhecimentos e respeito às diferenças e singularidades dos núcleos de saberes e práticas, podendo, ainda, ser compreendida como uma estratégia pedagógica (PINAFO *et al.*, 2016; KARAM *et al.*, 2018; CASTRO; CAMPOS, 2016). Cabe, também, ponderar sobre a educação interprofissional como iniciativa capaz de aproximar os diferentes atores e contextos sociais do SUS, como o proposto nessa pesquisa-ação, em que diferentes profissões, uma estudante de mestrado, usuários compartilham uma agenda comum.

É necessário lembrar que o ideário suscitado anteriormente se contrapõe ao prescrito pela nova PNAB, que descreve que o gerente de saúde não deve ser um dos integrantes das equipes de saúde. O documento sugere que, para exercer a função, uma pessoa, preferencialmente, com ensino superior, está incumbida de garantir o planejamento em saúde, a organização do processo de trabalho, a coordenação e a integração das ações (BRASIL, 2017).

A gestão compartilhada foi apresentada como uma possibilidade para a equipe. Trata-se de uma proposta desafiadora, que possibilita refletir sobre a prática e propõe substituir estratégias e métodos convencionais, fundamentados na teoria clássica da administração por novas formas de gestão, interdisciplinares e colaborativas. Os resultados podem ser positivos por esse ideário incluir todos os atores envolvidos e reconhecer seu papel no contexto da democratização da gestão, pois não valoriza a hierarquia, fomentando o protagonismo de todos e o compartilhamento de saberes,

instigando o grupo à participação efetiva na transformação do processo de trabalho (CASTRO; CAMPOS, 2016; VIANA; CAMPOS, 2018).

No campo da saúde, todos os atores implicados com a sua produção representam certos espaços e governam o cotidiano do trabalho de acordo com o nível de liberdade que existe no seu agir. Assim, cada segmento representado desempenha um papel importante no que tange à organização do processo de trabalho. Esse corpo heterogêneo representa uma possibilidade democrática e participativa de gestão, que amplia a possibilidade de desfrutarem do protagonismo e da produção coletiva, podendo trazer à pauta o conflito, para pactuar propostas e se desenvolver profissionalmente (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Em relação às tecnologias para a gestão dos serviços, os participantes desenvolveram, de maneira coletiva, um Fluxograma orientador do itinerário do usuário pelos serviços da APS. Trata-se de uma ferramenta conhecida e utilizada nos serviços de saúde útil para ilustrar e descrever o caminho que o usuário percorre ao procurar um serviço ofertado na UBS. Desse modo, serve como instrumento norteador e padroniza a sistemática dos atendimentos, reverenciando o princípio da equidade. O Fluxograma contém os serviços essenciais ofertados na Unidade e respeita as atribuições de cada categoria profissional que integra a equipe, além de contribuir com a organização dos serviços e refletir sobre o processo de trabalho (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Conclusão

Sobressaíram-se, na ótica dos envolvidos, aquelas características pessoais que expressam competências para realizar a gestão de conflitos e trabalhar em equipe, comuns na gestão de pessoas em todos os modelos assistenciais.

Como limitações deste estudo, cumpre destacar que, pela própria composição da equipe de saúde participante, não ocorreu uma representatividade equânime

de todos os segmentos, limite comum nas pesquisas que abordam a gestão e a formação em saúde. Isso remete para a importância de outras investigações, com outras abordagens e em distintos cenários.

Destaca-se a relevância da tecnologia desenvolvida e validada, especialmente, pelo processo, que permitiu reunir diferentes segmentos e trabalhar coletivamente para organizar o trabalho. O Fluxograma está em utilização no cotidiano de atuação da equipe e poderá contribuir para a gestão compartilhada no trabalho em saúde. Além disso, apresenta potencial de utilização em diferentes realidades e espaços de saúde.

Referências

ALMEIDA, G. *et al.* La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49471/v42e1042018.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 17 maio 2022.

ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XNR9GMyVnXx6v85LVpk3kLy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 fev. 2022.

BRANDÃO, L. G. V. A. *et al.* O sentido do trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 8, p. 1-8, mar. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/528>. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=de%20

2017%2C%20resolve%3A-, Art., de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAd%20%2D%20RAS. Acesso em: 19 jun. 2020.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XpnFPRvjFG3GpdQRLKHnBGF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 abr. 2022.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2021.

FRANCO, M. A. S. Pesquisa-Ação Pedagógica: práticas de empoderamento e de participação. **Educação Temática Digital**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 511-530, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/8637507/13331>. Acesso em: 18 ago. 2020.

GABARDO, J. M. B. *et al.* Competências do gestor em serviços da saúde: uma revisão sistemática. **Revista Uningá**, Maringá, v. 53, n. 1, p. 108-112, jul./set. 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1404>. Acesso em: 9 abr. 2022.

HOPPE, A. S. *et al.* Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p. 335-342, dez. 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/10927/7147>. Acesso em: 7 abr. 2021.

KARAM, M. *et al.* Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. **International Journal of Nursing Studies Advances**, Oxford, v. 79, p. 70-83, Mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29202313/>. Acesso em: 9 abr. 2022.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 52-66,

set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMf-tQcdcZjqc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2021.

LOPES, O. C. A. *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 1-8, 2020. DOI: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2020.

LOWEN, I. M. V. *et al.* Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 967-973, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WqWxSrQyqzV9Ssd4Mw5mgdM/?lang=en>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MARTINS, M. M. *et al.* Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 6, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9rr9bCf3SrDfqzNHQj4CnXS/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2020.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. Pesquisa qualitativa para pensar e atuar no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S1413-81232016010900001&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2020.

PAIVA, R. A. *et al.* O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, n. 5, p. 181-184, 2018. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2455>. Acesso em: 5 maio 2022.

PESSOA, D. L. R. *et al.* Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 3, n. 2, p. 3413-3433, abr. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/8949>. Acesso em: 7 abr. 2021.

PINAFO, E. *et al.* Gestor do SUS em município de pequeno porte: perfil, funções e conhecimento sobre instrumentos de gestão. Espaço para a Saúde: **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 130-137, jul. 2016. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/download/377/21>. Acesso em: 9 abr. 2022.

RODRIGUES, R. P. *et al.* Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 109-116, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/B3jPkKKtrhFLx6R79Fbw4yk/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2021.

SANTOS, L. S. *et al.* Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 18, n. 4, p. 552-560, out. 2019. Disponível em: <https://www.porta-latanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2756/html>. Acesso em: 7 abr. 2021.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 1-18, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280206>. Acesso em: 8 fev. 2021.

SORATTO, J. *et al.* Family health strategy: a technological innovation in health. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cbRvR568RNnwjVkWKRdtDfy/?lang=en>. Acesso em: 3 mar. 2021.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2020.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Health teaching-service integration: possible dialogues from collective co-management. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8sNHgFPStVKCdcCHHbtgvCx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2021.

VIANA, M. M. O.; CAMPOS, G. W. S. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-15, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123617>. Acesso em: 7 abr. 2021.

Círculo de Cultura: possibilidade de mudança comportamental de usuários hiperutilizadores na Atenção Primária

Poliana Lopes Alves
Carine Vendruscolo
Jeane Barros de Souza
Aline Lemes de Souza
Karina Schopf
Ana Paula Schultz

Introdução: a necessidade de dialogar com os usuários hiperutilizadores

Tendo em vista o atual contexto da saúde pública e da prática clínica na Atenção Primária à Saúde (APS), percebe-se a criação de um cenário gerador de iatrogenias, o qual tende a colocar em risco a saúde das pessoas (SILVA *et al.*, 2021). Além disso, vislumbra-se uma parcela da população que visita frequentemente os serviços públicos de saúde, sendo eles usuários hiperutilizadores ou hiperfrequentadores, os quais apresentam queixas e sintomas múltiplos, não específicos, e, muitas vezes, difíceis de identificar e tratar (NÚCLEO DE TELESSAÚDE ESPÍRITO SANTO, 2021).

Os hiperutilizadores, em sua maioria, são pessoas adeptas a polifarmácia, sendo esta uma consequência atual da produção de saúde mediante tratamentos medicamentosos que poderiam, inclusive, gerar possíveis diagnósticos, dos quais

não se tem certeza acerca de seu benefício à saúde. A APS, como porta de entrada principal dos serviços de saúde pública, é um espaço propício para a realização de ações de educação em saúde que atua em busca de medidas que diminuam o excesso de intervenções e seus possíveis danos iatrogênicos, reduzindo a reincidência dos hipertulizadores nos serviços de saúde.

Ressalta-se que a APS tem responsabilidade sobre todos os níveis tradicionais de prevenção. O modelo proposto por Leavell e Clark (1976) destaca três níveis, sendo eles: primário, secundário e terciário. Um nível adicional é a Prevenção Quaternária (P4), que nomeia a preocupação em prevenir a hipermedicalização no cuidado e evitar intervenções desnecessárias. Portanto, ela tem íntima relação com o trabalho em APS, sobretudo nos aspectos relacionados ao sobrediagnóstico (CAMACHO *et al.*, 2016).

Nesse cenário, a Educação Popular (EP) se mostra como um caminho que contribui para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). É um modo particular de reconhecer e enfrentar os problemas de saúde por meio do diálogo com a população, com o respeito às suas culturas, o reconhecimento dos seus saberes como válidos, sendo o substrato da EP os pressupostos teórico-filosóficos, formulados por Paulo Freire (MENDES; TORRES; BELÉM, 2021).

O tema deste capítulo trata da EP associada ao conceito de P4 na APS, uma vez que a frequência das pessoas nos serviços de saúde pode ocasionar um intenso processo de biomedicalização e cascatas diagnósticas (ZOBOLI; SANTOS; SCHVEITZER, 2016). A EP em saúde apresenta-se como uma forma de (re)conhecer e enfrentar os problemas de saúde perante o diálogo com as classes populares sobre suas culturas e determinantes sociais para uma análise crítica da realidade (MENDES; TORRES; BELÉM, 2021). Sendo assim, o objetivo deste capítulo é compartilhar reflexões com os hiperutilizadores dos serviços da Atenção Primária quanto aos motivos que os levam a procurar demasiadamente a

assistência à saúde em busca das mudanças comportamentais para escolhas mais saudáveis.

Círculo de Cultura como estratégia de Educação Popular em saúde

O presente estudo apresenta resultados de um Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem, designado como um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com delineamento nas pesquisas participantes. Realizaram-se dois Círculos de Cultura Virtuais (CVV), os quais foram considerados método de produção de informações e estratégia educativa voltada à P4 com os hiperutilizadores da APS, buscando provocar mudança comportamental por meio do diálogo.

O educador brasileiro Paulo Freire, adepto da educação libertadora, sugere caminhos dialógicos por meio desses espaços denominados Círculos de Cultura, nos quais reside a possibilidade de vivenciar momentos reflexivos, permitindo significar ações que são de interesse coletivo (DALMOLIN *et al.*, 2016).

A produção das informações se deu por meio do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que requer um processo de construção do conhecimento participativo e problematizador no Círculo de Cultura, neste caso, com hiperutilizadores do serviço de APS em dois municípios catarinenses. O Itinerário seguiu as etapas interligadas: 1) Investigação Temática: que procura descobrir o universo vocabular dos participantes mediante palavras e temas do cotidiano, originando temas geradores; 2) Codificação e Descodificação: momento em que se investiga os significados dos temas na busca de ampliar o conhecimento e a tomada de consciência dos sujeitos; e 3) Desvelamento Crítico: fase em que se provoca a reflexão do que foi proposto na codificação objetiva ao se interpretar a realidade,

bem como suas possibilidades de intervenção (HEIDEMANN *et al.*, 2017; FREIRE, 2018).

No primeiro município, contou-se com a participação de cinco hiperutilizadores nos encontros e, no segundo, houve a participação de três usuários. Portanto, participaram da pesquisa oito usuários caracterizados como hiperutilizadores dos serviços de APS de dois municípios catarinenses, selecionados pelas enfermeiras coordenadoras das Unidades de Saúde, conforme os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Como critérios de inclusão considerou-se: ser reconhecidamente caracterizado pela enfermeira da Unidade de Saúde como um hiperutilizador dos serviços de APS do município e ter disponibilidade para participar dos encontros virtuais. E como critérios de exclusão: não possuir recursos tecnológicos básicos necessários para participar do CCV ou não ter disponibilidade de participar dos encontros por qualquer outro motivo.

Os dois CCV foram desenvolvidos no segundo semestre de 2021, com duração média de 60 minutos cada, tendo sua estrutura recomendada pelo Itinerário Freiriano como base para ocorrência da reflexão individual, reflexão grupal e síntese das discussões, sem desconsiderar as necessidades e os interesses dos participantes. Os encontros foram mediados por uma estudante de Enfermagem (doravante, designada como facilitadora), com apoio das enfermeiras dos serviços (Unidades de Saúde) envolvidos.

Nos dias anteriores à realização da atividade, os usuários foram orientados pelas enfermeiras coordenadoras dos respectivos serviços de APS, sobre a utilização da plataforma virtual e gratuita: *Microsoft Teams*, sobre o horário e data do encontro. Os dois encontros – com os usuários hiperutilizadores dos dois municípios – aconteceram através da plataforma, o que possibilitou a interação dos participantes por meio de áudio e vídeo. Optou-se pela modalidade virtual, tendo em vista a necessidade de cuidados de distanciamento social, devido

à pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), na época da produção das informações. Para Souza *et al.* (2021), com as limitações do distanciamento social, o ambiente virtual oportuniza interação social e projeção de futuro, além de se configurar como oportunidade de promoção da saúde, emergindo como inovação tecnológica que pode ser empregada na pesquisa, gestão e assistência de Enfermagem.

A análise dos dados ocorreu concomitante à sua produção, em que os temas geradores de cada encontro foram relacionados ao tema do estudo, buscando responder a seguinte pergunta de pesquisa: de que forma a prática educativa contribui para a conscientização dos hiperutilizadores sobre os riscos relacionados ao excesso de intervenções clínicas? Posteriormente, os dados destacados nortearam a reflexão com os sujeitos participantes dos CCV, resultando na categoria temática: “O Círculo de Cultura como possibilidade de mudança comportamental de usuários hiperutilizadores na APS”.

A pesquisa é oriunda de um macroprojeto de pesquisa da UDESC, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o protocolo número 3.375.951 de 6 de junho de 2019. Para garantir o anonimato das participantes, foi utilizada como código a letra P de Participante, seguida de um número sequencial.

Desenvolvimento do Círculo de Cultura: reflexões acerca das melhores práticas em saúde pelos usuários hiperutilizadores

As três etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire foram desenvolvidas no Círculo de Cultura. Na Investigação Temática, etapa preliminar do Itinerário de Pesquisa, foi possível realizar a delimitação do foco de interesse dos envolvidos. O diálogo inicial disparou a construção do pensamento crítico e esse movimento assegurou o debate em torno das ideias, motivando a conscientização dentro do processo educativo libertador (FREIRE, 2018; HEIDEMANN *et al.*, 2017).

Nesta fase, objetivou-se extrair palavras significativas, a partir do universo vocabular dos participantes. Esses temas, seguramente, advêm da realidade e refletem desafios, potencialidades e necessidades desse grupo (DURAND, 2016). Para guiar a investigação, foram utilizadas questões norteadoras, advindas de ditados populares: “É melhor prevenir do que remediar?” e “Não se mexe em time que está ganhando?”.

A partir das questões, os participantes foram estimulados a relatar suas percepções sobre os ditados populares e pontuar sua aplicabilidade na vida cotidiana, principalmente no que se refere à saúde. A facilitadora entrevistou no diálogo o mínimo possível, apenas instigando reflexões acerca da realidade, de modo que as principais questões observadas foram investigadas e questionadas, a fim de enriquecer o universo vocabular do Círculo de Cultura. Dessa forma, foi possível identificar os temas geradores, que embasaram e legitimaram as situações-limite, permitindo o delineamento dos conteúdos para construir o conhecimento conjunto perante a proposta.

Quadro 1 – Síntese dos temas geradores

- Exames de rotina/*check-up* como referência para ações de prevenção.
- Figura médica como prioridade na consulta x Consultas de Enfermagem e equipe multiprofissional.
- Uso de chás e ervas medicinais x Utilização de medicamentos.
- Desejo de sentir-se saudável x Receio de adoecer.

Fonte: elaboração das autoras (2022).

De posse dos temas geradores, seguiu-se para etapa de Codificação, a qual permitiu organizar as ideias expressas, dando significado aos temas na medida em

que se substituía a visão mágica por uma visão crítica e social do que foi discutido. Este movimento possibilitou focar na situação em destaque, o que conduziu a análise da situação e concebeu a Descodificação. Nesse processo de codificar para em seguida, descodificar, os participantes perpassam pela dialética, ao admirar e refletir sobre sua ação, explorando as contradições inerentes (HEIDEMANN *et al.*, 2017).

A Codificação e Descodificação foi o momento em que se exploraram os interesses e potencialidades dos participantes, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão sobre a própria realidade (HEIDEMANN *et al.*, 2017). Nesta perspectiva, foi compartilhada na tela do computador a foto de um receituário médico, instigando a analogia com esse objeto conhecido pelos participantes e que corresponde aos seus anseios e expectativas quando procuram o serviço de saúde.

A partir de então, os participantes foram convidados a observar a figura e compartilhar o que gostariam que estivesse escrito no receituário, evidenciando o motivo pelo qual precisariam daquela prescrição. A realidade foi posta em evidência para haver a Codificação de uma situação existencial. O objeto, representado pelo receituário, buscou incitar a reflexão crítica e então eles foram instigados a pensar sobre a real necessidade de sair de uma consulta portando um receituário, seja ela com enfermeiro, médico, nutricionista, dentista e outros profissionais prescritores. Gradativamente, os indivíduos começaram a visualizar as situações limite, como desafios aos quais devem responder (FREIRE, 2018).

Posteriormente, seguiu-se para o momento de Descodificação, no qual os participantes foram provocados a descrever o que viam ou sentiam ao olhar para a imagem de um prato de comida repleto de medicamentos ao invés de alimentos, compartilhando como vivenciavam as experiências com os medicamentos e intervenções de saúde, o que favoreceu a reflexão sobre a temática proposta. À medida que os participantes contavam sobre sua realidade e realizavam as

reflexões, a facilitadora contribuía com conhecimentos pertinentes referentes às situações, instigando a reflexão crítica no diálogo, de modo que as temáticas se interligassem e o diálogo e a reflexão fossem estimulados para a “conscientização”.

Por fim, chegou-se a etapa do Desvelamento Crítico, momento em se oportunizou aos participantes revisitar e superar a visão superficial da realidade, substituindo-a por um olhar crítico, na perspectiva de lutar para a transformação das ações (HEIDEMANN *et al.*, 2017). Para mediar o debate, procurou-se dialogar sobre cada tema gerador identificado, justificando que estes eram resultados das reflexões do encontro anterior. Assim, possibilitaram-se aos participantes novas reflexões acerca do que viam.

Além disso, buscando introduzir a fundamentação teórica referente à P4, foi compartilhado com os participantes os conceitos de prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, instigando a reflexão sobre as próprias atitudes e tomadas de decisão de cada participante referente à sua saúde. Esta fase representou o ápice da proposta do CCV e buscou instigar uma visão reflexiva, por meio dos diálogos. Os envolvidos exteriorizaram sua visão do mundo, sua maneira de pensar, sua percepção sobre as situações limite, assim como seus anseios diante das situações que vivenciavam. Desse modo, emergiu o processo de ação-reflexão-ação (FREIRE, 2018).

Desvelando os resultados dos encontros: a visão crítica e possível transformação do comportamento dos hiperutilizadores

Os usuários da APS, muitas vezes, buscam por ações intervencionistas com a intenção de prevenir o aparecimento de doenças, desconhecendo o fato de que em algumas situações, estas ações podem resultar em prejuízos à saúde. Para eles, a cura, a ausência da dor e o aumento da longevidade estão acima de

reflexões acerca de possíveis riscos, ocasionados pelo excesso de intervenções ou medicamentos (PIZZANELLI *et al.*, 2016). As pessoas acabam por não refletir que o aparecimento de um sintoma pode estar relacionado, simplesmente, com “coisas da vida” e não, necessariamente, com o aparecimento de doenças. São situações como essa que ocasionam uma intensa procura por testes diagnósticos, muitas vezes desnecessários e prejudiciais, além de propiciarem uma cascata de medicalização.

Observaram-se, nos discursos dos participantes, justificativas referentes às ações realizadas para prevenir, como: a sensação de segurança e conforto motivada pelos resultados positivos dos exames laboratoriais; o hábito de realizar exames todo ano; expectativa relacionada à consulta médica; o medicamento como medida de alívio rápido; o desejo de se estar bem o tempo todo; a necessidade de não se colocar em risco com receio de acontecer algo mais grave, atrelado à necessidade de cuidar da família.

Eu procuro sempre fazer os exames de rotina, procurar sempre o atendimento médico quando aparecer uma coisa diferente, dessa forma a gente sempre consegue ter certeza com os resultados e se prevenir melhor. (P1).

A gente se preocupa bastante em prevenir por causa da família. A gente tem quatro netos e vamos ter mais um daqui uns tempos. Agora moramos em sete pessoas, então nos preocupamos bastante em se manter bem e ir levando conforme a gente pode. (P7).

Assim, os participantes refletiram sobre as situações e perceberam que exames, com ou sem indicação clínica, podem apresentar em seus resultados, pequenas alterações e estas, muitas vezes resultam numa cascata de intervenções, sem necessidade. Além disso, refletiram acerca do perigo da automedicação e do uso exagerado de medicamentos, compreendendo que o corpo demonstra sinais

referentes à condição de saúde e/ou doença e se deve atentar para eles, porém sem agir com a busca incessante por indícios de doenças.

Durante o diálogo, vislumbraram-se possíveis mudanças de comportamento, tais como: valorizar a anamnese, como alternativa efetiva e menos invasiva de diagnóstico; mensurar os benefícios x danos na realização de exames complementares e investir em atividades de lazer, alimentação saudável e outras medidas não farmacológicas para ações de prevenção em saúde.

Porque às vezes, realmente, é uma conversa que vai adiantar, não é ir lá no médico e ele te dar uma prescrição com medicamento e exames [...] se eles dedicaram um tempo para ouvir, talvez com a conversa vamos achar uma maneira de resolver, [...] bem isso que conversamos, o cuidado com os excessos, tanto medicamentos como exames; tipo: eu vou fazer endoscopia todo ano porque tenho gastrite, mas tudo isso pode prejudicar o meu corpo [...]. (P3).

Ingerir muita água, exercício físico, boa alimentação [...], manter o emocional [...], quando ter uma dor aprender a conhecer o seu corpo [...] Antigamente até tinha um médico aqui que conversava muito com as pessoas e ele dizia assim: que tinha pessoas que precisavam de alguém para ouvir elas e não precisavam de remédio, ele falava muito de ervas medicinais e fitoterápicos, e ainda têm médicos que dizem que se a gente sabe de uma coisa natural que ajuda é pra fazer e não tomar remédio. (P5).

Outro ponto a ser destacado nos discursos, ao encontro do que afirma Souza *et al.* (2022), é referente a falta conhecimento da população sobre a necessidade de prevenir-se de maneira menos invasiva, mediante práticas mais alternativas, o que evidencia a importância da P4. Isso explica também porque sua aplicabilidade é dificultada no cotidiano profissional, principalmente pela interferência cultural da população, ainda muito voltada para a valorização da medicalização e das intervenções.

Está bastante nítido que a medicação acaba sendo nosso primeiro ponto antes de uma alimentação saudável, uma caminhada ou até mesmo um chá. E ela deveria ser a última opção. (P1).

Ontem eu vi uma 'figa' ali na imagem e agora, pensando no nosso entendimento a 'figa' significa a morte, então uma superdose de medicação, sem necessidade, pode levar a morte. (P5).

A tomada de consciência dos participantes começou a ficar evidente, na medida em que os diálogos se intensificavam, durante as etapas do CVV. Em dado momento, como observa-se nos discursos anteriores, estimulou-se a reflexão (e ação) dos participantes, em busca da problematização, para a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica (FREIRE, 2018). Assim, os hiperutilizadores desvelaram estratégias significativas para promover a sua saúde, fortalecendo-se mutuamente, em busca de transformar a atual realidade para a possibilidade de viver de forma mais saudável, sem excesso na utilização dos serviços de saúde e por intervenções desnecessárias.

Encerrou-se o CCV com agradecimento aos participantes pelas contribuições e na ocasião houve reconhecimento (em forma de agradecimento) dos participantes em relação ao desempenho dos encontros, evidenciando a importância de terem participado destes momentos dialógicos e reflexivos, trazendo-lhes conhecimento e oportunidade de ouvir e de serem ouvidos.

Queria agradecer pelo convite, gostei muito de ter participado e também gostei muito do conteúdo. Isso que falamos é bem a nossa realidade aqui e hoje eu estudando, consigo enxergar o que nós discutimos. Até pra minha prática profissional, contribuiu bastante. (P3).

Queria dizer que esse tempo que a gente dispôs pra conversar foi ganho muito, sempre a gente aprende coisas, estou feliz de ter participado, gostei muito de te ouvir também. (P7).

A sugestão de formação de um círculo (ou uma roda), nos processos de educação em saúde, não se configura somente, como um mecanismo mais democrático e participativo, mas representa um dispositivo para a criação de possibilidades, em que interesses reconhecidos e postos durante o diálogo podem gerar pontos convergentes e aproximações. Tal princípio compõe a concepção teórico-metodológica que sustenta os processos educativos e que orienta políticas e programas na área da saúde (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016). No presente estudo, a realização do Círculo de Cultura de maneira virtual, apresentou outros benefícios, como a adaptação a um momento de crise.

Considerações acerca do Círculo de Cultura Virtual como dispositivo para transformar a realidade dos usuários hiperutilizadores

O Círculo de Cultura Virtual mostrou-se uma estratégia profícua para a reflexão crítica acerca das ações tomadas pelos usuários hiperutilizadores, vislumbrando-se uma possível mudança comportamental referente às medidas excessivas de prevenção e cuidado. Vale lembrar que o movimento, durante o cenário pandêmico, só foi possível diante das tecnologias de informação e comunicação, as quais possibilitaram a realização dos Círculos de Cultura de forma virtual.

Por meio desta abordagem, houve a possibilidade de propagação e aprimoramento de saberes, criando espaços dialógicos e de promoção da saúde, com estabelecimento de relações de respeito e fecundas entre os envolvidos, despertando a criatividade e consciência crítica para transformações na prática cotidiana. Apesar do entrave determinado pela impossibilidade de encontros presenciais, devido ao contexto pandêmico, o ambiente virtual oportunizou interação social e configurou uma oportunidade de promoção da saúde, emergindo uma opção metodológica virtual contemporânea.

O pensamento teórico-filosófico de Paulo Freire tem se mostrado útil na utilização de Círculos de Cultura na área da Enfermagem, como uma alternativa necessária para superar os desafios e transformar a realidade. Para além, os Círculos viabilizam a aproximação do ensino-comunidade, ao partir de demandas e realidades locais, expressando as potencialidades e dificuldades do sistema e estimulando o educando para a busca do conhecimento. Essa metodologia valoriza o saber popular ao considerar os participantes como indivíduos ativos, durante toda a atividade.

Pode-se afirmar que a educação em saúde é de grande importância e precisa ser intensamente difundida nos serviços de APS, permitindo a cooperação e responsabilização do usuário, oportunizando uma reflexão conjunta com os profissionais, a fim de promover a compreensão acerca de melhores práticas em saúde. Trata-se ainda, de uma prática de P4, ao propor o desenvolvimento de responsabilização múltipla – profissional e usuário – fomentando o empoderamento e autocuidado deste último e a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida, por meio da educação emancipatória.

A mudança comportamental nos hiperutilizadores mostrou-se possível pela prática do CCV, movimento pedagógico que contribuiu para fortalecer as noções dos usuários sobre possibilidades diversas de prevenção, para além do excesso de consultas, medicamentos e exames.

Por meio desta metodologia foi possível incitar a reflexão e, em certa medida, provocar uma mudança comportamental com esses usuários, tendo em vista que foram obtidos relatos que confirmaram que os Círculos de Cultura provocaram reflexões críticas acerca de como os participantes visualizam as ações preventivas e como eles se comportam diante dessa questão. Tais reflexões os instigaram, com criticidade, a rever seus comportamentos e a promover transformações na sua prática diária.

Referências

CAMACHO, A. C. L. *et al.* Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 4, n. 10, p. 3608-3619, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11136>. Acesso em: 30 mar. 2021.

DALMOLIN, I. S. *et al.* Dialogando com Freire no Círculo de Cultura: uma estratégia de promoção da saúde. **Revista Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 1, n. 10, p. 185-190, jan. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10937/12236>. Acesso em: 30 mar. 2021.

DURAND, M. K. **Promoção da saúde das mulheres quilombolas**: a relação com os determinantes sociais. 2016. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/175834>. Acesso em: 19 jan. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 65. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. 1-8, nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pdf/HS9bS8fqwp5BTcPqL64L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2021.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE ESPÍRITO SANTO. **Como a equipe de saúde da família deve proceder com pessoas que vão à Unidade várias vezes na semana, em geral com problemas familiares, mas buscando atendimento com outro foco?** 2021. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/conflito-familiar-acs-sao-frequentes-situacoes-que-a-equipe-de-saude-da-familia-atende-uma-pessoa-que-vai-na-unidade-varias-vezes-na-semana-as-vezes-mais-de-uma-vez-ao-dia/>. Acesso em: 13 jul. 2021.

MENDES, A. H. L.; TORRES, A. C. S.; BELÉM, M. O. Compreensão da educação popular em saúde por uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 10-15, nov. 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/52101>. Acesso em: 17 maio 2022.

PIZZANELLI, M. *et al.* Prevenção Quaternária: ética médica, avaliação e eficiência nos Sistemas de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, p. 75-85, set. 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1388>. Acesso em: 13 jul. 2021.

SILVA, C. B. *et al.* Prevenção Quaternária e a gestão da clínica na atenção primária à saúde. *In*: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C. D.; ADAMY, E. K. (org.). **Prevenção Quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021. p. 189-204.

SOUZA, A. L. *et al.* Prevenção quaternária: percepções, possibilidades e desafios na atenção primária à saúde. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 20, n. 6, p. 764-782, jan. 2022. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4815>. Acesso em: 11 fev. 2022.

SOUZA, J. B. *et al.* Círculo de cultura virtual: promovendo a saúde de enfermeiros no enfrentamento da covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, n. esp., p. 1-6, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4bZ935DNsNmZvRmNWTv9Dtx/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, out./dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/3Jx3JbPVvxzvYWxTcj6RtVF/abstract/?lang=en>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SANTOS, D. V.; SCHVEITZER, M. C. Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 893-903, out./dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Z59WjdVLLrDzXm5swH9Hbbk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2021.

Avaliação para a gestão: o plano de enfrentamento da sífilis em Vitória (ES) segundo a percepção dos gestores

Mara Rejane Barroso Barcelos

Sandra Mara Soeiro Bof

Maurílio Barbosa

Rita de Cássia Duarte Lima

Maria Angélica Carvalho Andrade

Cindy Amaral Barbosa

Lariana da Conceição Benincá

Fernanda Gonçalves Rios

Cândida Caniçali Primo

Introdução

A avaliação tem como foco principal a identificação de possíveis falhas estruturais e/ou nos processos, o que favorece a ocorrência dos desvios de qualidade, comprometendo os resultados da assistência (direta ou indireta) e, conseqüentemente, a segurança do paciente (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

No contexto da gestão de programas, considera-se de grande relevância a realização das avaliações periódicas com vistas ao aprimoramento da prática, visto que iniciativas nesse sentido nem sempre são factíveis no cotidiano dos serviços. As avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) são processos técnico-administrativos destinados à tomada de decisão, mostrando,

não só “como estamos”, mas aumentando a capacidade do gestor em mobilizar recursos (TANAKA, 2011).

A avaliação para a gestão requer vivência em problemáticas concretas dos serviços, pois prescrições genéricas dificilmente se aplicam a todas as situações (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 12).

Em 2016, a sífilis passou a ser considerada, de forma definitiva, um grave problema de saúde pública pelo Ministério da Saúde, e sua transmissão vertical é prevista no Plano Plurianual (PPA) como prioridade. O combate à sífilis faz parte dos principais instrumentos de gestão de estados, assim como do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 2018a).

A avaliação do enfrentamento da sífilis, objeto deste estudo, reveste-se de muita relevância, visto que avanços são necessários para que se alcancem maiores resultados no enfrentamento da doença a níveis local, estadual, regional, nacional e mundial.

Em Vitória (ES), o problema da sífilis sempre representou um evento sentinela. Embora existissem diversas ações no sentido de controle da doença (VITÓRIA, 2016), os impactos na melhoria de indicadores ficavam aquém do desejado.

A partir de 2016, o município de Vitória (ES) reformulou seu programa de enfrentamento de sífilis no sentido de melhor enfrentar a doença, sendo ela considerada um grave problema de saúde pública pelo Ministério da Saúde (MS) à época (BRASIL, 2018b).

O Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis é composto por oito eixos que são respaldados pelos protocolos do Ministério da Saúde: captação precoce da gestante com sífilis; acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes; oferta de tratamento adequado para a sífilis; monitoramento dos casos de sífilis na população geral; monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros; monitoramento do plano; realização de ações de prevenção para a

sífilis (população geral e gestantes); e seguimento da sífilis congênita (VITÓRIA, 2016).

Neste estudo, no qual o processo é um componente essencial, em que a interação com o usuário concretiza a ação de saúde (TANAKA, 2011), considera-se como processo o próprio plano de enfrentamento com seus oito eixos.

A partir da constatação de melhorias progressivas nos indicadores do enfrentamento da sífilis no município (VITÓRIA, 2019a), entende-se como relevante apresentar o que os tomadores de decisão perceberam como potencialidades e entraves para os resultados alcançados no cotidiano do enfrentamento da sífilis ao longo do quadriênio de 2016 a 2019.

A identidade, os significados e a experiência humana envolvem o relacionamento entre os seres humanos, e a pesquisa, realizada a partir da interação entre os participantes de um grupo, leva ao conhecimento da realidade deste em relação ao objeto da pesquisa. A utilização de grupos focais pode construir novas ideias, propor novas soluções para problemas coletivos e se constituir uma ferramenta para a construção de uma rede (TANAKA; SANTANA, 2018, p. 207).

A abordagem qualitativa permite a explicitação da subjetividade da percepção do outro (TANAKA; MELO, 2004), incluindo a participação de informantes-chave (TANAKA, 2011). Ela considera o envolvimento, não somente dos que tomam as decisões, mas também dos que as implementam e dos beneficiados por elas (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Este capítulo apresenta a avaliação do Programa de Enfrentamento de Sífilis de Vitória (ES) no quadriênio de 2016 a 2019 por meio da pesquisa participativa, enfatizando a participação de gestores e seus olhares em relação às facilidades, dificuldades e contribuições das ações desenvolvidas no programa.

Método

Estudo de avaliação para a gestão, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, que pretende contribuir para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata de buscar fundamentos, justificativas e nem direcionamentos, mas a melhoria de uma condição dada (NOVAES, 2000).

Para avaliar o Programa de Enfrentamento da Sífilis no município de Vitória no quadriênio 2016 e 2019, realizou-se um grupo focal, composto pela equipe gestora, denominado grupo de trabalho (GT) de Sífilis.

A técnica de grupo focal foi utilizada neste estudo como ferramenta de pesquisa participativa, em que a interação dos participantes no grupo é parte estruturante da técnica (TANAKA; SANTANA, 2018).

A entrevista abordou os oito eixos do Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis: Eixo 1 – Captação precoce da gestante com sífilis; Eixo 2 – Acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes; Eixo 3 – Ofertar tratamento adequado para a sífilis (população geral); Eixo 4 – Monitoramento dos casos de sífilis adquirida; Eixo 5 – Monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros; Eixo 6 – Monitoramento do plano; Eixo 7 – Realização de ações de prevenção para a sífilis na população geral e gestantes; e Eixo 8 – Seguimento da sífilis congênita.

Foram realizadas três perguntas avaliativas para cada um dos 8 eixos do plano. A primeira pergunta foi: “Na sua percepção, quais as facilidades vivenciadas na realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo ‘X’?”. A segunda foi: “Na sua percepção, quais as dificuldades vivenciadas durante a realização das ações de enfrentamento relacionadas ao Eixo ‘X’?”. A terceira pergunta foi: “Na sua opinião qual a contribuição das ações desenvolvidas no Eixo ‘X’?”.

O grupo focal foi realizado nas datas de 30 de novembro de 2020 e 8 de abril de 2021 na Secretaria Municipal de Saúde, em sala reservada para essa

finalidade. O grupo foi composto por três participantes que atuaram durante todo o quadriênio avaliado. Embora o grupo tenha sido pequeno, foi composto por profissionais que estiveram na construção do plano de enfrentamento e que fazem articulação permanente com as demais instâncias do programa, e que representam as duas Gerências condutoras do Programa: a Gerência de Vigilância em Saúde e a Gerência de Assistência em Saúde e que não apresentavam diferenças significativas nas relações de poder. As participantes foram distribuídas em forma de círculo, e o tempo de duração do primeiro encontro foi de 1 hora e 11 minutos e do segundo encontro 11 minutos e 38 segundos.

O grupo foi gravado e transcrito literalmente. A transcrição foi realizada por meio do aplicativo “*Voice Notepad Speech to Text*”, disponível no *site* <https://dictation.io/speech>. O texto transcrito foi cuidadosamente revisado.

A análise foi realizada pelo Programa “*Iramuteq*”, que permitiu a organização das categorias de análise. O material coletado foi submetido à pré-análise, com preparação do corpus a partir da leitura exaustiva do material transcrito. Numa tentativa de diminuir o subjetivismo da análise dos textos, conjugou-se a análise lexical a este corpus, que foi preparado de acordo com as exigências do *software* “*IRAMUTEQ*” (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de testes et Questionnaires), licença “*GNU*”, “*GNU*” “*GPL*” ou, simplesmente, “*GPL*” (LICENÇA PÚBLICA GERAL PNU, 2007), utilizadas por projetos de *software* livre e de código aberto, versão 7,2, codificado de acordo com as variáveis. Assim, cada entrevista foi considerada um texto e cada texto foi separado por linhas de comando. Com o conjunto dos vários textos, preparou-se um corpus, sendo, então, disponibilizado para um bloco de notas a fim de ser submetido à análise lexical, conforme preconiza o programa.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da entrevista. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética

em Pesquisa e aprovada pelo parecer de número 3.787.294, de 20 de dezembro de 2019, CAAE 25982319.6.0000.5060.

Resultados

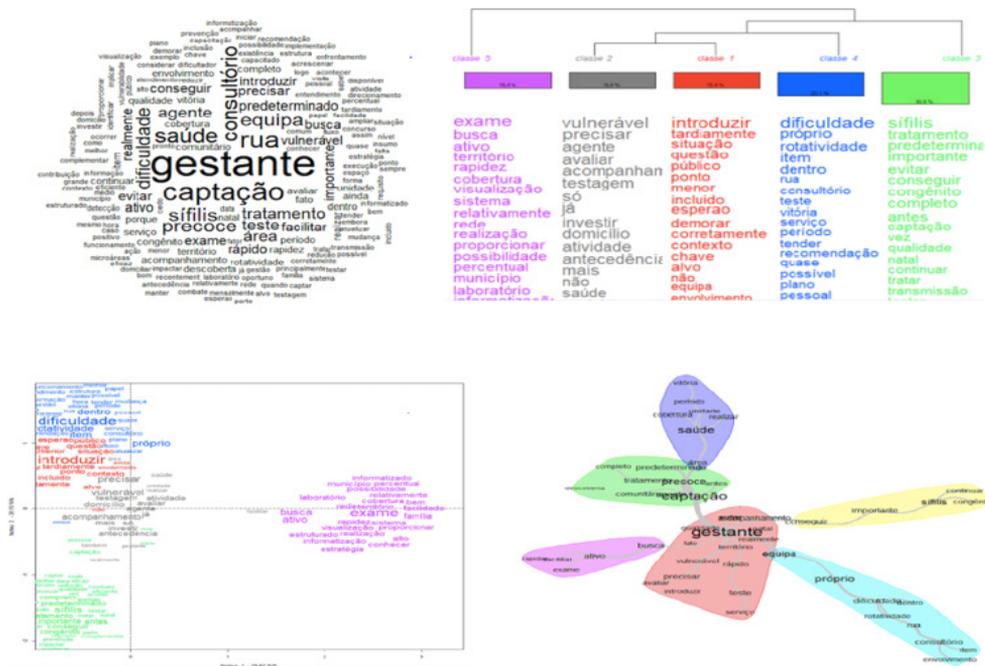
A avaliação do Plano de Enfrentamento da Sífilis Vitória contra a Sífilis ocorreu com base nas dimensões, facilidades, dificuldades e contribuições de cada eixo no enfrentamento da sífilis.

A partir da aplicação do método, dentre o conjunto das análises expressas pela Classificação Hierárquica Descendente (Dendograma), Análise Fatorial de Correspondência, Análise de Similitude e Nuvem de Palavras (Figuras 1 a 8), pôde-se avaliar cada eixo do plano de enfrentamento nas categorias “facilidades”, “dificuldades” e “contribuições” das ações de enfrentamento contidas no Plano de Enfrentamento Vitória contra a Sífilis (VITÓRIA, 2016).

As facilidades

Considerando-se a captação precoce da gestante (Eixo 1), conforme demonstrado na Figura 1 a seguir, as palavras mais mencionadas pelos gestores foram “exame”, “busca”, “ativa”, “território”, “sistema”, “família”, “rede”, “informatização”, “visualização” e “rapidez”. Foram consideradas facilidades: o acesso aos testes rápidos e VDRL; a realização de busca ativa; a disponibilidade dos testes; o Sistema Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE); a existência de laboratório próprio no município; e a cobertura de consultas (desburocratização do acesso).

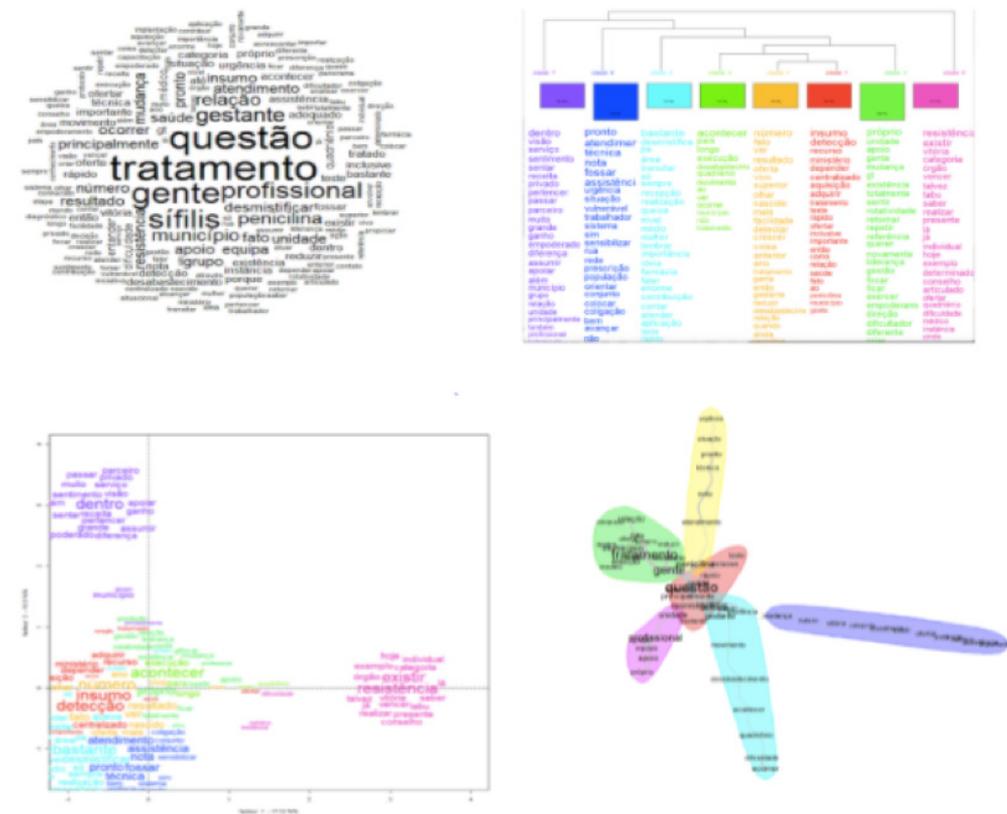
Figura 1 – Eixo 1: Captação precoce da gestante com sífilis



Fonte: elaboração dos autores (2021).

No acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes (Eixo 2), processo demonstrado adiante, na Figura 2, as palavras mais frequentes foram “capacitação”, “manejo”, “unidade”, “saúde”, “liberação”, “diretor”, “médico”, “enfermeiro”, “farmacêutico”, “agenda”, “matriciamento”, “referência”, “sífilis”, “acompanhamento”, “monitoramento”. As facilidades foram: as capacitações no manejo da sífilis, realizadas para os profissionais que lidam com a assistência às gestantes (médicos, enfermeiros e farmacêuticos); a agenda aberta para pré-natal; a existência do matriciamento nos territórios; e a atuação dos profissionais denominados referências de sífilis.

Figura 3 – Eixo 3: Oferta de tratamento adequado para a sífilis na população geral

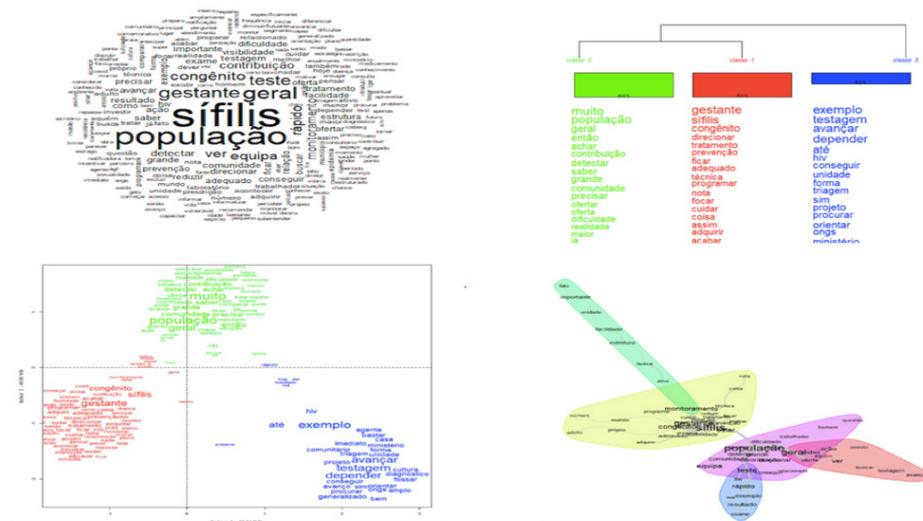


Fonte: elaboração dos autores (2021).

No monitoramento dos casos de sífilis adquirida (Eixo 4), representado pela Figura 4, a seguir, as facilidades foram representadas pelas palavras tratamento, prevenção, monitoramento, nota técnica e busca ativa. As facilidades foram: a disponibilidade do tratamento com Penicilina Benzatina em toda a rede municipal; os repasses de conhecimento para o manejo dos casos, por meio de diversos treinamentos ofertados aos profissionais prescritores; a existência de uma nota técnica voltada para a assistência a gestantes e mulheres em situação de vulnerabilidade social, norteia alguns passos para o adequado monitoramento;

e a busca ativa também foi considerada um facilitador para o adequado monitoramento.

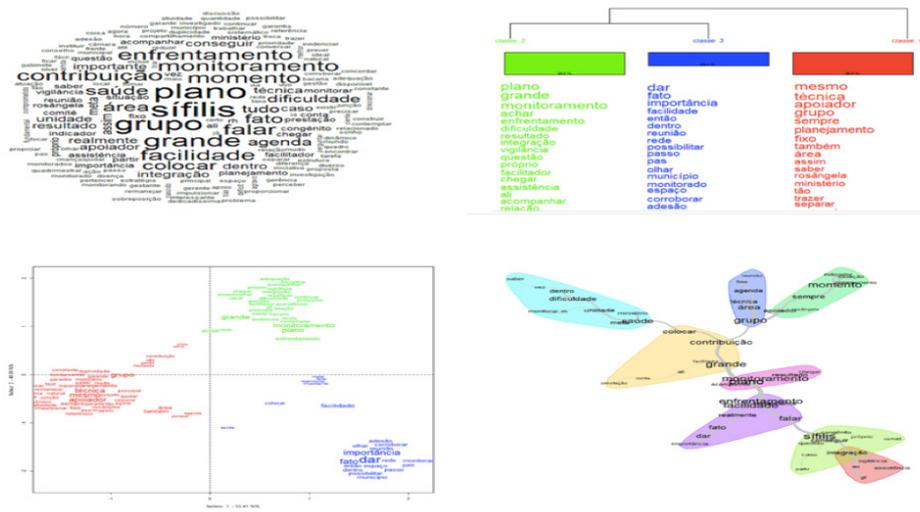
Figura 4 – Eixo 4: Monitoramento dos casos de sífilis adquirida



Fonte: elaboração dos autores (2021).

No monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros (Eixo 5), representado pela Figura 5, as palavras mais frequentes foram: “sistema”, “informação”, “vigilância”, “epidemiológica”, “prontuário eletrônico”, “acompanhamento”, “estratégia”, “família”, “território”. Foram consideradas facilidades: o sistema de informação (Rede Bem Estar); e a cobertura da Estratégia Saúde da Família no município.

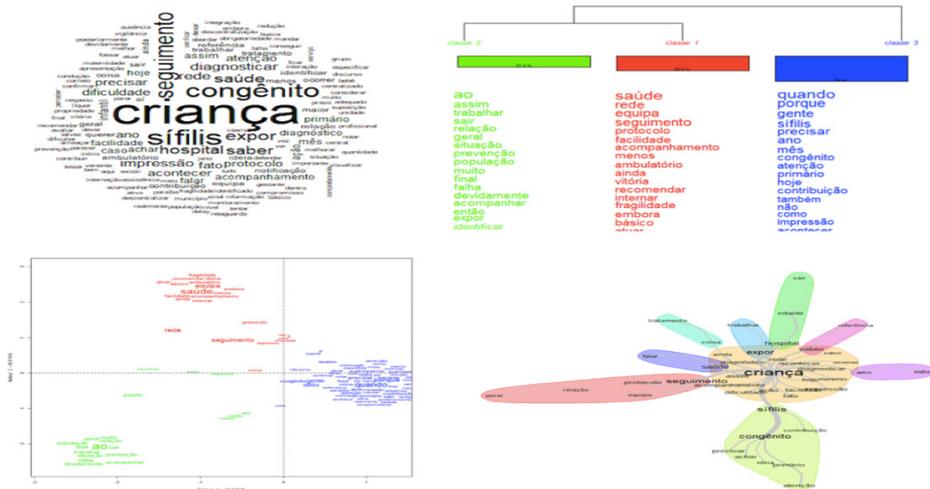
Figura 6 – Eixo 6: Monitoramento do plano



Fonte: elaboração dos autores (2021).

Considerando-se a realização de ações de prevenção para a sífilis na população geral e gestantes (Eixo 7), representada pela Figura 7, dentre as facilidades, as palavras mais frequentes na avaliação deste eixo foram: “insumo”, “quantidade”, “material”, “impresso”, “gel”, “lubrificante”, “capacitação”, “oferta”, “teste”, “preservativo”, tendo sido apontado como facilitadora a disponibilidade de insumos, como material impresso, preservativos, gel lubrificante e testes.

Figura 8 – Eixo 8: Seguimento da sífilis congênita



Fonte: elaboração dos autores (2021).

As dificuldades

No que diz respeito à captação precoce da gestante (Eixo 1) no quesito dificuldades, as palavras mais mencionadas foram “rotatividade”, “agente”, “introdução”, “tardiamente”, “menor”, “envolvimento”, “consultório”, “rua”. As dificuldades mencionadas foram: a rotatividade de profissionais de saúde; a defasagem de agentes de saúde; a abordagem à população de rua: equipes incompletas e com envolvimento menor que o esperado e o baixo envolvimento da equipe.

No acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes (Eixo 2), dentre as dificuldades, as palavras mais frequentes foram: “sensibilizar”, “protocolo”, “envolver”, “equipe”, “agente”, “comunitário”, “sobrecarga”, “população”, “rua”, “consultório”.

Foram consideradas como dificuldades: a falta de sensibilização de algumas equipes; desconhecimento do protocolo por algumas equipes; a falta de agentes de saúde em algumas áreas; a sobrecarga de profissionais; o envolvimento insatisfatório de algumas equipes; dificuldades em se atender a população de rua; e dificuldades na atuação das equipes de consultório na rua.

Na oferta de tratamento adequado para a sífilis na população geral (Eixo 3), no quesito dificuldades, as palavras mais frequentes foram: “vencer”, “tabu”, “rotatividade”. Na percepção das gestoras, as dificuldades foram: a existência de tabus para abordagens sobre sexualidade e prevenção de IST nas escolas; a rotatividade dos profissionais como um dificultador para o diagnóstico e tratamento da doença; a não testagem ampla, que dificulta o diagnóstico e, por conseguinte, o tratamento; a rotatividade dos profissionais, que é prejudicial quando há perda de profissionais já experientes.

No monitoramento dos casos de sífilis adquirida (Eixo 4), as dificuldades para o monitoramento foram traduzidas pelas palavras mais frequentes: “grande epidemia”, “equipe”, “ofertar”, “teste”, “estrutura”. Foram consideradas como dificuldades: a pandemia da COVID-19; a não oferta dos testes diagnósticos por alguns profissionais de saúde; as defasagens de profissionais nas equipes.

No monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros (Eixo 5), dentre as dificuldades, sobressaíram-se as palavras: “monitorar”, “adesão”, “parceiro”, “dolorido”, “população vulnerável”, “rua”, “unidade”, “prisional”. Segundo as gestoras, foram vistos como dificuldades: o monitoramento dos parceiros; a adesão dos parceiros ao tratamento injetável dolorido; e o monitoramento de gestantes e parceiros em vulnerabilidade e/ou situação de rua.

No monitoramento do plano (Eixo 6), as dificuldades apontadas para o monitoramento do plano de enfrentamento foram expressas pelas palavras: “unidade”, “monitorar”, “RH”, “sobreposição”, “tarefa”, “quantidade”. Foram apontadas como dificuldades: escassez de recursos humanos (RH), gerando

uma sobreposição de tarefas; e os profissionais conseguirem monitorar todas as doenças que demandam monitoramento na unidade de saúde.

Na realização de ações de prevenção para a sífilis na população geral e gestantes (Eixo 7), com relação às dificuldades, as palavras mais mencionadas foram: “desenvolver”, “parceria”, “território”, “trabalho”, “referência”, “envolver”, “órgão”, “sociedade”, “civil”, “restrito”, “LGBTQIAP+”, “rotatividade”, “quebra”, “tabus”. Foram dificuldades: as unidades de saúde fazerem parcerias com os equipamentos de apoio à saúde no território para a realização de ações preventivas; baixo envolvimento de órgãos da sociedade civil nas ações de prevenção; as ações no território ainda são restritas e precisam focar mais nas populações vulneráveis, incluindo os grupos LGBTQIAP+; sobrecarga das referências de sífilis e outros profissionais, que, por excesso de atividades, não conseguem realizar ações no território; e tabus para a testagem de sífilis em ambientes escolares, com aceitação semelhante à da vacina.

No seguimento da sífilis congênita (Eixo 8), as palavras com maior frequência no quesito dificuldades foram: “atenção”, “primária”, “compromisso”, “integração”, “rede”, “equipe”, “saúde”, “seguimento”, “protocolo”. As dificuldades apontadas foram: nos casos de sífilis congênita, em que seu acompanhamento se inicia pelos ambulatórios vinculados a hospitais, e que, muitas vezes, não há um compromisso de integração com esses serviços de monitorar esses casos como eles deveriam ser monitorados; e a rede municipal, que congrega as equipes de saúde e que ainda não consegue realizar o seguimento das crianças expostas completamente, segundo o que o protocolo do Ministério da Saúde recomenda.

As contribuições das ações de enfrentamento

Considerando-se a captação precoce da gestante (Eixo 1) na dimensão da contribuição das ações desse eixo para a melhoria das taxas de sífilis, encontraram-se

as palavras “tratamento”, “precoce”, “oportuno”, “avaliar”, “continuar realmente”, “acompanhamento”, “testagem”, “mensalmente”, “reduzir”, “transmissão”. As gestoras citaram como contribuições das ações: o tratamento da sífilis precoce e oportuno; a continuidade do acompanhamento mensal das gestantes; e evitar a sífilis congênita.

Quanto ao acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes (Eixo 2), no quesito contribuição das ações, as palavras mais frequentes foram as mesmas da dimensão facilidades: “capacitação”, “manejo”, “unidade”, “saúde”, “liberação”, “diretor”, “médico”, “enfermeiro”, “farmacêutico”, “agenda”, “matriciamento”, “referência”, “sífilis”, “acompanhamento”, “monitoramento”. As contribuições das ações foram relacionadas ao fortalecimento das equipes por meio das capacitações para o adequado manejo da sífilis, com liberação dos profissionais de saúde para a participação, e a atuação do matriciamento em saúde da mulher e referências de sífilis, que contribuíram para o adequado acompanhamento e monitoramento das gestantes no pré-natal.

Na oferta de tratamento adequado para a sífilis na população geral (Eixo 3), na dimensão contribuição das ações, predominaram as palavras: grupo, apoio, referência, sífilis. Foi considerada como contribuição, a atuação das referências de sífilis.

No monitoramento dos casos de sífilis adquirida (Eixo 4), a contribuição das ações deste eixo para a queda das taxas de sífilis foi traduzida pelas palavras: “dar”, “visibilidade”, “ofertar”, “teste”, “mais”, “ainda”, “estrutura”, “tratar”. As gestoras consideraram como contribuições: a visibilidade que o monitoramento dá à epidemia de sífilis; e ao monitorar-se os casos tratados, realizando-se mais testes, pode-se melhorar o tratamento e o controle da doença.

No monitoramento das gestantes com sífilis e parceiros (Eixo 5), as contribuições foram expressas com maior frequência pelas palavras: “presumir”, “memória”, “sorológica”, “reinfecções”, “protocolo”, “necessidade”, “monitorar”

“permanentemente”. Dentre as contribuições apontadas, que as equipes de saúde evitassem a presunção de memória imunológica/cicatriz sorológica; e a possibilidade de detecção de uma reinfecção e tratamento oportuno, por meio do monitoramento permanente das gestantes e parceiros; e ao monitorar-se os casos tratados, realizando-se mais testes, pode-se melhorar o tratamento e o controle da doença.

No monitoramento do plano (Eixo 6), as contribuições das ações foram representadas pelas palavras: “agenda”, “reunião”, “fixa”, “acompanhar”, “resultado”, “apoiador”, “área”, “técnica” e “planejamento”. Como contribuição foi citada a agenda fixa de reuniões do GT da sífilis, para conversar sobre a sífilis, acompanhar o plano de enfrentamento e fazer propostas de adequações.

Considerando-se a realização de ações de prevenção para a sífilis na população geral e gestantes (Eixo 7), na dimensão contribuição das ações as palavras mais frequentes foram: “ação”, “grupo”, “acompanhamento”, “redução”, “*delay*”, “informação”. As gestoras consideraram como contribuição a testagem com foco nos grupos vulneráveis

No seguimento da sífilis congênita (Eixo 8), na dimensão contribuição das ações as palavras mais frequentes foram: “ação”, “grupo”, “acompanhamento”, “redução”, “*delay*”, “informação”. Como contribuição das ações, há ação de um grupo de profissionais de saúde para reduzir o *delay* (ou atraso) de informação no seguimento das crianças expostas, que é mensurado pelo adequado registro desse seguimento no prontuário das crianças.

Discussão

Considerando-se as facilidades para a captação precoce da gestante (Eixo 1), nos últimos anos, a disponibilidade para a realização de testes treponêmicos e não treponêmicos têm sido um avanço para o enfrentamento da sífilis no

Brasil e no mundo (CESAR *et al.*, 2020; GARCIA-LEGAZ MARTINEZ *et al.*, 2019). Dentre as atividades desempenhadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) na captação e no acompanhamento das gestantes, estão: identificá-las na comunidade; agendar e incentivar o pré-natal; realizar visita domiciliar regular à gestante; incentivar e apoiar realização de exames solicitados e a vacinação; identificar sinais e sintomas de risco e encaminhá-las adequadamente para resolução dos problemas de saúde; identificar sinais de risco e vulnerabilidade e realizar busca ativa à gestante faltosa (AQUINO, 2014, p. 27).

Foram apontados como facilidades para a concretização do acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes (Eixo 2) os diversos treinamentos realizados no quadriênio, principalmente para profissionais prescritores. O município conta com uma Escola Técnica do SUS (ETSUS), sendo uma estrutura específica de gestão do processo de educação permanente profissional e da interface ensino-serviço-comunidade. O perfil epidemiológico da população é considerado na discussão, na formulação, na articulação e na proposição de ações de educação permanente em saúde (SARTI *et al.*, 2018).

O matriciamento, também apontado como ajudador, tem equipes matriciadoras compostas por profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros de Referência, bem como por profissionais especialistas, que organizam seus processos de trabalho em conformidade com a lógica do apoio matricial. As equipes matriciadas são as de Saúde da Família (eSF), as da Atenção Básica 1 com EACS (Estratégia de Agentes Comunitários da Saúde), as das UBS sem ESF (eAB) e as de Consultório na Rua (VITÓRIA, 2019b).

As referências de sífilis são profissionais de saúde com diversas formações, como enfermeiros, farmacêuticos, médicos, psicólogos e assistentes sociais que aderiram à função de monitorar localmente os casos de sífilis (cada unidade de saúde dispõe de uma referência). Esses profissionais se articulam cotidianamente

com as áreas técnicas de IST e referências técnicas de sífilis na coordenação de Vigilância Epidemiológica no intuito da condução dos casos.

Ao longo do quadriênio de 2016 a 2019, o município de Vitória não teve desabastecimento de Penicilina Benzatina, como ocorreu em 2015, por exemplo, no município de Fortaleza (ARAÚJO *et al.*, 2021). Além disso, os profissionais de saúde receberam diversos treinamentos no que se refere ao manejo da sífilis, com ênfase à testagem rápida e tratamento imediato dos casos, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, vigentes à época (BRASIL, 2016, 2017, 2018c, 2019), além da atuação das referências de sífilis a partir de 2019, reforçando os protocolos junto às equipes.

Dentre as facilidades para o Eixo 4, as gestoras citaram a existência de insumos adequados para a prevenção (como preservativos femininos e masculinos), e penicilina Benzatina para o tratamento dos casos mais graves, o treinamento dos profissionais da rede municipal e a existência de uma nota técnica que norteia a assistência às populações vulneráveis (VITÓRIA, 2019b).

No Eixo 6, apontado como facilitador da integração dos profissionais que atuam no Plano de Enfrentamento da Sífilis o GT da Sífilis, que é considerado o grupo condutor das ações do programa na rede SEMUS, formado por profissionais efetivos ou profissionais que ocupam cargos de confiança na Gerência de Atenção à Saúde e na Gerência de Vigilância à Saúde. Já o COPEMI-TV, que antes não incorporava a função de investigar os casos de transmissão vertical, passou a receber essa função a partir do Decreto nº 17.551 de 29 de outubro de 2018 (VITÓRIA, 2018).

Dentre as facilidades para a realização de ações de prevenção (Eixo 7), foi pontuada a garantia e a provisão contínua de insumos que ficam disponíveis aos usuários, sem limites de quantidade, incluindo os testes rápidos, suprimento que é coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo em parceria com o Ministério da Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2016).

As facilidades citadas pelas gestoras para o seguimento da sífilis congênita se devem ao funcionamento em rede no cuidado aos recém-nascidos, cabendo às maternidades a testagem e tratamento de todos os casos de sífilis congênita nas maternidades e, também, à retaguarda de diversos ambulatorios de infecto-pediatria e pediatria disponíveis na Rede Estadual de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2016).

No quesito dificuldades, as gestoras entenderam que a rotatividade dos ACS tem trazido dificuldades ao adequado cumprimento do Eixo 1 (captação precoce da gestante com sífilis, embora, na avaliação geral, os ACS tenham contribuído para a captação precoce de parte das gestantes.

Foram apontadas como dificuldades para o cumprimento do Eixo 2 a falta de envolvimento de algumas equipes, a não aplicação dos protocolos por alguns profissionais e a sobrecarga de outros, além da necessidade de fortalecer as equipes de Consultório na Rua (CNaR), ainda incompletas. Buscando melhorar a assistência a gestantes e outras mulheres em situação de vulnerabilidade, o GT da Sífilis, articulado às Gerências de Assistência e Vigilância em Saúde, contribuiu para a construção da nota técnica que orientou diversas ações no sentido de acolher, testar e iniciar tratamento de sífilis e outras IST quando essas mulheres derem entrada nos Prontos-Atendimentos do município (VITÓRIA, 2019b). Entende-se que ainda há necessidade de se reforçar o adequado cumprimento das diretrizes que possam garantir contínua melhoria da qualidade do pré-natal, principalmente considerando-se a pandemia da COVID-19, ainda vigente no Brasil (VITÓRIA, 2019a; BRASIL, 2020a).

Considerando-se o tratamento adequado da sífilis na população geral (Eixo 3), situações que levam a dificuldades dos profissionais para a abordagem da sexualidade trazem consequências negativas, sobretudo, quando se trata de prevenção, detecção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e podem demandar assistência em serviços primários, secundários ou terciários. Profissionais com aprendizados culturais que cooperam para romper com mitos

e tabus da sexualidade, ao menos em parte, desvelam disposição diferenciada e inserção da abordagem sobre as práticas sexuais e IST/HIV com usuários nos serviços (SANTOS; FREITAS; FREITAS, 2019). Também, a rotatividade de profissionais tem sido outro ponto dificultador. Estudo aponta que as maiores taxas de centros de saúde com baixa retenção de profissionais têm sido registradas no Sudeste (8,6%) e no Sul (7,8%) do Brasil, sendo que esse cenário pode ocorrer em razão de um mercado de trabalho mais concorrido, principalmente na Atenção Básica (PEREIRA JUNIOR; RUAS, 2019).

Como dificultadores do Eixo 4, foram citadas a pandemia da COVID-19, a não oferta dos testes diagnósticos por alguns profissionais de saúde, e a defasagens de profissionais nas equipes. O número de casos da COVID-19 vem aumentando de forma assimétrica em estados e municípios, e, atualmente, ainda persiste uma fase crítica da pandemia em várias regiões do país (BRASIL, 2020a; PEREIRA JUNIOR; RUAS, 2019). Estudo qualitativo realizado em Recife (PE) detectou fragilidades para realização dos testes rápidos, estas relacionadas à logística de materiais e insumos, estrutura física, capacitação para a realização do aconselhamento pré e pós-teste e a necessidade de melhorias nas ações de educação permanente (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Na última década, observou-se o aumento das notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, apesar da melhoria do sistema de vigilância e ampliação da utilização de testes rápidos (BRASIL, 2018b). No entanto, a despeito da disponibilidade dos testes rápidos, a sua realização ainda está aquém do potencial das equipes.

Dentre as facilidades apontadas pelas gestoras para a realização do Eixo 5, a existência do Sistema Informatizado Rede Bem Estar – SGIRBE (ESPÍRITO SANTO, 2013) tem sido fundamental para o monitoramento das gestantes com sífilis e seus parceiros. Das 29 unidades de saúde que o município possui, somente quatro não possuem eSF. A cobertura da eSF tem sido outro fator

considerado importante para o monitoramento dos casos, uma vez que, conforme ressaltado anteriormente, os diversos papéis dos ACS nos territórios contribuem decisivamente para o monitoramento dos casos (AQUINO, 2014, p. 27).

Dentre as dificuldades para o monitoramento, estão a adesão do parceiro ao serviço de saúde e às recomendações da equipe. Estudo realizado na Atenção Primária de Fortaleza (CE) concluiu que questões institucionais e de gênero estiveram associadas ao não comparecimento do homem ao serviço de saúde. A presença do parceiro nas consultas pré-natais foi uma estratégia que facilitou a convocação, a sua vinda à unidade e a realização do tratamento. Na avaliação da autora, o município não se mostrou preparado para receber a população diferenciada que é o homem, não possuía uma estratégia ideal para convocá-lo, sendo cabíveis melhorias relacionadas ao acesso, acolhimento, agilidade no atendimento, sigilo e privacidade, sendo o melhor modelo para acessar o parceiro aquele que considerasse as subjetividades trazidas por eles (ROCHA, 2014, p. 46-54).

Como dificultadores para a realização do Eixo 6, foram citadas a rotatividade de profissionais e a sobrecarga de trabalho para alguns membros das equipes de saúde, fato que não está sobre a governabilidade do GT e que tem sido um problema detectado na região Sudeste do nosso país (PEREIRA JUNIOR; RUAS, 2019).

As dificuldades para aprimoramento das ações preventivas (Eixo 7) estão em vencer os tabus em se lidar com as questões de sexualidade. Além disso, uma das soluções para essas dificuldades seria melhorar o acesso e a assistência a populações-chave. Uma das razões é a prevalência desproporcionalmente alta de infecções pelo HIV e sífilis, como trabalhadores do sexo, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e populações prioritárias, como adolescentes e jovens, população negra, indígenas e pessoas em situação de rua – PSR (BRASIL, 2018a, 2018d).

Os dificultadores para a realização do Eixo 8 foram expressas, em algumas situações, pela não obediência ao protocolo de seguimento da sífilis congênita ou pelo não registro adequado desse seguimento, muitas vezes, pela não devolutiva dos serviços de referência, como ambulatórios especializados (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019). O Ministério da Saúde norteia o adequado acompanhamento da criança exposta à sífilis e dos casos de sífilis congênita, sendo necessária a atenção das equipes assistentes, em cada território de saúde, para o cumprimento do protocolo (BRASIL, 2020b).

A contribuição das ações do Eixo 1 (captação precoce da gestante) se materializam no diagnóstico precoce, tratamento imediato e possibilidade de monitorar cada caso de sífilis em gestante para que, diante de uma possível reinfeção, fosse possível intervir para o adequado tratamento em tempo oportuno. Estudo de metanálise tem demonstrado a importância das intervenções do pré-natal para evitar riscos adversos, devido à sífilis nas gestantes e, conseqüentemente, nos conceitos (HAWKES; GOMEZ; BROUTET, 2013).

Na visão das gestoras, a contribuição das ações do acompanhamento do pré-natal de todas as gestantes (Eixo 2), ocorreu pelo treinamento contínuo dos profissionais de saúde, matriciamento e atuação das referências da sífilis.

A importância do monitoramento local dos casos de sífilis foi apontada como a principal contribuição do Eixo 3 para o enfrentamento da sífilis, uma vez que, a partir do monitoramento local, há maior chance de ocorrer o tratamento adequado de cada caso de sífilis que surge no território de saúde. O monitoramento constante dos casos de sífilis congênita adquirida em gestantes em decorrência da busca por parcerias sexuais e o amplo acesso de populações mais vulneráveis aos serviços de saúde é essencial para que o Brasil consiga alcançar o cumprimento dos objetivos de eliminação da sífilis congênita estabelecidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela OMS (SARACENI *et al.*, 2017; FREITAS *et al.*, 2021).

Dentre as contribuições do monitoramento para o enfrentamento da sífilis (Eixo 4), está a melhoria da testagem como forma de aprimoramento do monitoramento dos casos. Autores têm sugerido a criação de uma rede de interação e colaboração entre os profissionais, que permita o compartilhamento de saberes na execução dos testes, nas atividades de aconselhamento e na realização de atividades educativas (ARAÚJO *et al.*, 2018).

A contribuição do monitoramento contínuo das gestantes e parceiros (Eixo 5) é a não presunção de memória imunológica, visto que o adequado monitoramento dos casos inclui adequados registros de tratamento para que não haja dúvidas sobre os critérios de caso. Notas técnicas têm sido socializadas com os profissionais de saúde reforçando a não presunção de memória imunológica (VITÓRIA, 2019c).

A contribuição do monitoramento do Plano (Eixo 6) e, por conseguinte, do Programa de Enfrentamento da Sífilis, é a identificação dos entraves para o alcance do cumprimento dos eixos e a articulação com todas as instâncias cabíveis para viabilizar soluções que permitam a melhoria da assistência e vigilância de cada caso. A integração da vigilância e da assistência têm sido muito importante para garantir o monitoramento contínuo do plano, o que está em sintonia com o novo modelo de vigilância para o SUS, que visa buscar a integralidade da atenção à saúde iniciando pela integração da VS à atenção básica e visando reduzir a demanda por média e alta complexidade (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

A contribuição das ações preventivas (Eixo 7) foi o alcance de diversos usuários vivendo em situação de vulnerabilidade por meio das abordagens bem sucedidas das equipes de CNaR (BRASIL, 2018d).

A contribuição do segmento da sífilis congênita (Eixo 8) tem sido observada pelo adequado registro desse segmento por uma grande parcela dos profissionais de saúde de cada território. Estudo realizado em quatro municípios com mais de cem mil habitantes, no Rio de Janeiro, detectou problemas de completude

de registros relativos à identificação dos usuários atendidos, além do registro das características do processo de atendimento, com discutível qualidade na continuidade do cuidado oferecido (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008). Sendo assim, o desejável é que a qualidade dos registros em Vitória seja ainda mais qualificada.

Considerações finais

As imagens, suscitadas pelo programa nos componentes do GT da Sífilis, são as de que o Programa de Enfrentamento da Sífilis foi efetivo no sentido de direcionar as ações prioritárias com a participação de gestores, membros do COPEMI-TV, profissionais de saúde, e, também, dos usuários que aderiram às recomendações feitas em seguida ao manejo da sífilis, incluindo população geral, gestantes e recém-nascidos/crianças assistidos na Rede Municipal de Saúde sob o direcionamento dos responsáveis.

As mudanças atribuídas à sua implementação foram decorrentes de uma participação de todos os envolvidos na condução do plano de enfrentamento da sífilis ao longo do quadriênio de 2016 a 2019.

Os limites impostos pela operacionalização do programa de enfrentamento da sífilis, em Vitória (ES), são aqueles que chegam ao máximo da governabilidade de todos os que participam das ações dos oito eixos do plano de enfrentamento.

As condições necessárias para que as metas sejam atingidas ou solidificadas são a educação permanente, que atua reforçando os protocolos, o envolvimento máximo de atores (gestores, profissionais de saúde e usuários), o uso de todas as tecnologias disponíveis a favor do enfrentamento da sífilis, como a informatização da rede, adequado registro nos prontuários eletrônicos, realização ampla dos testes rápidos nas unidades de saúde e fora delas, monitoramento dos casos com testes não treponêmicos, busca ativa de gestantes no território, melhoria da assistência

aos parceiros, oferta de insumos de prevenção, como preservativos masculinos e femininos, dentro e fora das unidades de saúde, adequada assistência à população vulnerável.

As críticas que são dirigidas ao programa de enfrentamento da sífilis, pelas autoras, são aquelas que requerem ações que não dependem tão somente das gestoras do programa, como a rotatividade de profissionais de saúde, áreas descobertas de profissionais das equipes de eSF, o engajamento de todos os profissionais envolvidos no programa, bem como a atuação aprimorada das equipes de CNaR.

Dentre as expectativas para ações futuras, estão a completude das equipes de eSF, das equipes de CNaR e a melhoria de suas condições de trabalho, com carro equipado e maior determinação para a testagem rápida *in loco*, maiores investimentos em educação permanente, que possam compensar a rotatividade de profissionais, melhoria dos registros de tudo o que envolve o monitoramento de cada caso, ousadia das equipes para a construção de parcerias no território com vistas à ampliação da prevenção da sífilis e outras IST.

Com o aprimoramento de programas como este e o compartilhamento da experiência de sucesso com todos os municípios do Brasil e outras cidades do mundo, espera-se potencializar muitas equipes que possam atuar para a erradicação da sífilis congênita e a redução da incidência da sífilis no mundo.

Referências

ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 10, n. 1/2/3, p. 54-63, 2019. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281>. Acesso em: 17 jun. 2021.

AQUINO, M. G. C. **O Agente Comunitário de Saúde na atenção à gestante e à puérpera**: repercussões e uma Estratégia de Educação Permanente. 2014. 67 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/17391/1/Diss%20MP%20Marina%20Garcia%20C.%20Aquino.%202014.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Factors associated with prematurity in reported cases of congenital syphilis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dh9CqLkRfp5rYgYp7HkW9Nh/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ARAÚJO, W. J. *et al.* Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. Suppl 1, p. 631-636, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jYMTwVH4MgXkV3R4n9grHcQ/?lang=en>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, v. 49, n. 45. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Reunião dos Coordenadores de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais dos Estados e Municípios Capitais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

CESAR, J. A. *et al.* Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/N8QrQQkfYFxbNtdwnTwsYJS/?lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde de 2016/2019**. Vitória, 2016. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20%20Plano%20Estadual%20de%20Saude_2016-2019-1.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE)**. Vitória: SEMUS, 2013. Disponível em: <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-integracao-na-rede-de-saude-e-reducao-de-custos-16836>. Acesso em: 17 maio 2022.

FREITAS, F. L. S. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. esp., p. 1-12, 2021. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v30nesp1/2237-9622-ess-30-esp1-e2020549.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2021.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vw93CGmm457hvYnvJMnS8Kr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2020.

GARCÍA-LEGAZ MARTÍNEZ, M. *et al.* Utilidad de las nuevas pruebas treponémicas automatizadas en el diagnóstico de la sífilis precoz. A propósito de 15 casos. **Actas Dermo-Sifiliográficas**, v. 111, n. 2, p. 135-142, Mar. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731019303643>. Acesso em: 26 jan. 2022.

GNU GENERAL PUBLIC LICENSE. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2020. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=GNU_General_Public_License&oldid=59367679. Acesso em: 23 abr. 2020.

HAWKES, S. J.; GOMEZ, G. B.; BROUTET, N. Early antenatal care: does it make a difference to outcomes of pregnancy associated with syphilis? A systematic review and meta-analysis. **PloS One**, San Francisco, v. 8, n. 2, p. 1-7, Feb. 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0056713>. Acesso em: 26 jan. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

PEREIRA JUNIOR, E. A.; RUAS, C. M. Retenção de profissionais em Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 75, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/165>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ROCHA, A. F. B. **Aspectos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Divisão de Pós-Graduação Stricto Sensu, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2014.

ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 169-174, dez. 2006. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1431>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SANTOS, S. M. P.; FREITAS, J. L. G. S.; FREITAS, M. I. F. The sexuality scripts constructed by nurses and an interface with attention of sexually transmitted infection/HIV. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/x8sfZ4WHRJVm8kgNHXHBFJz/?lang=en>. Acesso em: 9 jul. 2021.

SARACENI, V. *et al.* Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 41, p. 1-8, abr. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6612729/>. Acesso em: 12 dez. 2021.

SARTI, T. D. *et al.* A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-12, abr. 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1684>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SERAPIONE, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto, v. 31, p. 59-80, jun. 2016. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/1461>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SILVA, J. C. *et al.* Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 592-595, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jK8xLdsc9nNv4MBXGYntV3h/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2022.

TANAKA, L. H.; SANTANA, C. L. A. Grupo Focal como importante ferramenta de pesquisa participativa em Saúde. *In*: TOLEDO, R. F. *et al* (org.). **Pesquisa Participativa em Saúde: vertentes e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 205-242.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4PgSgjCSWcnnVJVQQ5j4Kfn/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2021.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jPGmncBncYzk36SvwwC3bjz/?lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2021.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FxcSJBQq8G7CNSxhTyT7Qbn/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2021.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Suppl. 1, p. 173-182,

2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vrxXdwpMDZ7vRz5mZ-VQR8Qc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. **Decreto Municipal nº 17.551**. Institui o Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical de HIV, Sífilis Congênita, Hepatites Virais, Toxoplasmose e Zika do município de Vitória e dá outras providências. Vitória: Palácio Jerônimo Monteiro, 29 out. 2018.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de enfrentamento “Vitória contra sífilis”**. Vitória, 2016.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Atenção à Saúde. **Diretrizes do Matriciamento no Município de Vitória**. Vitória, 2019a.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Atenção à Saúde Gerência de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta n. 08/2019 SEMUS/GAS e SEMUS/GVS de 02 de dezembro de 2019**. Vitória, 2019b.

Promovendo a saúde dos Agentes Comunitários de Saúde para o autocuidado e para qualificar o serviço na Atenção Primária

Jeane Barros de Souza
Valéria Silvana Faganello Madureira
Bruna Panis Albani
Samantha Karoline Mafra
Kelly Cristina de Prado Pilger
Andreina Carla de Almeida

Introdução

A Constituição Federal de 1988 inaugurou uma nova forma de pensar em saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a beneficiar a população brasileira de forma universal, equânime, integral e regionalizada. O SUS é organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a atenção primária a porta de entrada preferencial do sistema (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual estabelece diretrizes para a organização desse setor na RAS. Ele envolve ações de saúde individuais, familiares e coletivas que compreendem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Para

que seu funcionamento se mantenha organizado e que contemple o público de abrangência, os serviços de saúde contam com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), que visam a contribuir para uma melhor qualidade de vida da população e para efetivação do SUS (BRASIL, 2017).

A ESF se organiza dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de trabalho multiprofissional, podendo ser caracterizada por uma equipe mínima composta por médico generalista ou especialista em Saúde da Família; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de Enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2017).

Vale ressaltar a importância do elo entre o trabalho das equipes junto aos ACS, visto que são profissionais atuantes e presentes no território com o papel articulador entre a comunidade e o serviço de saúde, conciliando as necessidades da população que ali reside, com identificação dos fatores de adoecimento e estressores, em busca de meios para a melhoria e promoção da qualidade de vida (RESENDE *et al.*, 2011; AMARAL *et al.*, 2022).

O PACS foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1991 como estratégia para atuação dos ACS, contribuindo para reorganizar o sistema e atuar junto à equipe multiprofissional na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos; visitas domiciliares periódicas; cadastramento da população e atualização permanente; mapeamento da sua área e identificação de áreas de risco e vulnerabilidade social; orientação à comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; estimulação da participação social nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; conhecimento do funcionamento das ações e serviços do seu território para orientação à comunidade quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; busca ativa dos usuários faltantes, entre outras (BRASIL, 2001; NEPOMUCENO *et al.*, 2021; BRASIL, 2017).

Para que tudo isso aconteça, é importante que o ACS também cuide de si, promovendo seu autocuidado. Nesse sentido, é importante destacar a sobrecarga de trabalho e as situações do cotidiano às quais esses profissionais são expostos, o que pode ser fator desencadeante de variados problemas, responsáveis por causar sofrimento físico e mental, já que a saúde mental dos trabalhadores está diretamente relacionada com aspectos do trabalho (RESENDE *et al.*, 2011).

Além de o ACS promover seu autocuidado, é importante que a equipe de trabalho contribua para tanto, mantendo um olhar voltado para os usuários do sistema e para os profissionais que integram o ambiente de trabalho, evitando o adoecimento e afastamento desses trabalhadores. O desenvolvimento de ações como atividades educativas permanentes, promoção de um espaço de acolhida, de relaxamento e escuta contribui significativamente para a redução de estressores. Desta forma, ACS e equipe promoverão seu bem-estar e contribuirão para redução de agravos na população (RESENDE *et al.*, 2011).

Pensando em promoção da saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), constituída como uma política transversal, integrada e intersetorial, enfatiza a promoção da saúde através do desenvolvimento de estratégias humanizadas voltadas para a produção de saúde nos âmbitos individual e coletivo através da valorização das necessidades locais. Assim, se faz necessário o reconhecimento do território atuante e da equipe de trabalho que ali está inserida para que, diante das necessidades identificadas, seja possível (re)organizar as práticas de saúde e (re)formular estratégias de trabalho em prol de uma assistência integral e de redução de vulnerabilidades em saúde para o aumento da qualidade de vida da população (BRASIL, 2018).

Para tanto, é preciso sensibilizar os profissionais que atuam na APS, o que deveria se iniciar durante a formação acadêmica com a inserção do estudante nos setores de saúde, o que permite ao acadêmico o desenvolvimento de educação em

saúde para usuários que ali procuram atendimento, como educação permanente voltada aos profissionais, colocando em prática o que ele vem aprendendo ao longo dos componentes teórico-práticos.

Vale lembrar que a Educação Permanente em Saúde (EPS) envolve uma política do SUS que objetiva contribuir com a interlocução e a transformação do aprender e do fazer nos serviços de saúde, com o intuito, também, de fortalecer e ampliar a qualidade de resposta dos serviços às demandas da população (KHALAF *et al.*, 2019). Nesse sentido, torna-se premente que as instituições de ensino busquem estratégias para integrar a universidade com a realidade dos serviços de saúde com o intuito de formar profissionais qualificados para assistir as necessidades do SUS conforme o perfil epidemiológico de cada território.

Ao evidenciar, na prática, a relevância do profissional ACS e do seu trabalho como disseminador de informações na comunidade, docentes e acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da quinta fase da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) começaram a desenvolver atividades de educação permanente em saúde voltadas para os ACS de Chapecó e região com a finalidade de promover a integração entre ensino e serviço. Além disso, objetivou-se instigar o autocuidado dos ACS e qualificar suas ações, possibilitando ricos momentos de troca de experiências e vivências, dando voz a esses profissionais.

Diante das experiências exitosas dos docentes e acadêmicos na realização das atividades educativas, emergiu este capítulo, o qual tem como objetivo compartilhar informações sobre a experiência de realização de oficinas para os ACS de Chapecó e região com vistas a promover o seu autocuidado e, conseqüentemente, qualificar o serviço na APS.

Organização das oficinas

Com a origem da UFFS, no ano de 2010, surgiram, também, inúmeros desafios para ofertar um ensino de qualidade que transformasse o estudante em um profissional com senso crítico, que analisasse os fatores sociais como um todo. Um desses desafios foi conhecer a realidade loco-regional para compreender e aprimorar as ações realizadas nos serviços através das experiências vivenciadas na prática.

Em tal contexto, o vínculo entre ensino e serviço foi necessário e indispensável, uma vez que favorece a qualidade da formação profissional, assim como contribui para a qualificação da assistência em saúde (MENDES *et al.*, 2018). Essa proximidade entre ensino-serviço-comunidade favorece o conhecimento dos determinantes sociais e amplia o olhar em relação ao processo saúde-doença, possibilitando a compreensão das necessidades da comunidade e a intervenção de forma integral, humanizada e de qualidade (MENDES *et al.*, 2018).

Com a inserção dos acadêmicos de Enfermagem no campo prático, observou-se a necessidade de firmar parcerias com os serviços de saúde. Assim, foi possível estabelecer, no ano de 2017, um vínculo entre docentes do componente curricular “Cuidados de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde” do curso de Enfermagem da UFFS e a Gerência de Saúde da Agência de Desenvolvimento Regional. Tal parceria mobilizou Secretarias Municipais de Saúde da região do Oeste catarinense, principalmente dos municípios de pequeno porte, nos anos de 2017 e 2019, para reconhecer suas demandas e definir as diferentes temáticas a serem abordadas com os ACS de acordo com as particularidades de cada local.

Em contrapartida, nos anos de 2018, 2020 e 2021, foram estabelecidos diálogos com os gestores da APS da cidade de Chapecó (SC), ocasiões em que

se ponderou quanto à possibilidade de realizações de oficinas educativas com os mais de trezentos ACS do município com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre mecanismos para promover a saúde do público supracitado e sensibilizá-los para atuar na promoção da saúde da população adscrita.

Nessas condições, entre os anos de 2017 e 2021, pensaram-se em diversas estratégias para a realização de atividades de educação permanente de forma criativa, lúdica e participativa para os ACS com a utilização de metodologias ativas. Com esse objetivo, os docentes do componente curricular organizaram os estudantes em grupos e dividiram a dinâmica de trabalho em etapas. Inicialmente, os acadêmicos de Enfermagem ficaram encarregados de obter as informações e elaborar oficinas a respeito dos assuntos pré-estabelecidos. Em um segundo momento, realizou-se uma revisão de conteúdo junto aos demais integrantes da turma, os quais fizeram apontamentos e sugestões necessárias para o aprimoramento da atividade, garantindo o êxito das metodologias utilizadas nas oficinas educativas.

Nesse período de parceria, seis temas diferentes foram propostos a cada ano, conforme a necessidade da região envolvida, para tornar o diálogo pertinente às condições vivenciadas pelos ACS, o que facilitou a interação e o aproveitamento das atividades. No entanto, nesse capítulo, apenas um tema por ano será abordado, sendo aqueles que mais repercutiram em apontamentos e colaborações para o autocuidado dos ACS, conforme demonstração do Quadro 1.

Quadro 1 – Oficinas educativas com os ACS entre 2017 e 2021

Ação Anual	2017	2018	2019	2020	2021
Temáticas das oficinas	Autocuidado	Saúde da mulher	Humanização na atenção de saúde	Saúde mental	Comunicação interpessoal
Municípios participantes	Pinhalzinho; Coronel Freitas; Planalto Alegre; União do Oeste e Cordilheira Alta	Chapecó	Águas de Chapecó, Arvoredo, Caibi, Chapecó, Coronel Freitas, Cunha Porã, Formosa do Sul, Irati, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Paial, Palmitos, Pinhalzinho, Quilombo, Riqueza, Santiago do Sul, São Carlos, Serra Alta, Sul Brasil e União do Oeste.	Chapecó	Chapecó
Número de participantes	84 ACS	354 ACS	110 ACS	362 ACS	36 ACS
Local de realização das oficinas	Salas de aula e auditório da UFFS	Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó	Salas de aula e auditório da UFFS	Modo virtual por meio de vídeos	Escola, igreja e salão comunitário em cada território

Fonte: elaboração dos autores.

Com essas circunstâncias definidas, no ano de 2017, as oficinas foram realizadas nas dependências da UFFS, campus Chapecó, com participação de cerca de 84 ACS, sendo um representante de cada área dentro da sua localidade. Os participantes foram divididos em subgrupos, dispondo de uma metodologia

rotativa, na qual, ao longo do dia, cada subgrupo foi direcionado a diferentes oficinas, as quais permitiram a troca de conhecimento entre ACS e estudantes. Em 2019, as oficinas foram desenvolvidas de maneira similar, porém com número maior de municípios participantes e seus representantes, sendo contabilizados 110 integrantes.

De maneira análoga, em 2018, as atividades ocorreram nas salas e no auditório da Secretaria Municipal de Saúde, abrangendo somente o município de Chapecó. Esse ano contou com a participação de, aproximadamente, 354 ACS que atuavam no referido município.

Contudo, devido à situação pandêmica, no ano de 2020, tornou-se inviável a realização presencial das oficinas, sendo necessário reinventar e buscar estratégias alternativas a fim de dar continuidade às ações educativas. Para isso, pensou-se na realização da atividade através de uma plataforma de vídeo em tempo real, o que não foi possível executar devido à insuficiência de recursos tecnológicos nos serviços para que fosse possível a participação de todas as ACS de um mesmo local e ao mesmo tempo. Como alternativa, optou-se pela criação de vídeos educativos elaborados pelos acadêmicos e disponibilizados para os ACS através de um aplicativo de mensagens. Desse modo, foi possível alcançar um número significativo de participantes sem violar as medidas de segurança impostas durante esse período.

Já em 2021, com a chegada da vacina e com a queda observada no percentual de pessoas acometidas pela COVID-19, no final do primeiro semestre do ano, tornou-se possível o retorno presencial das oficinas, porém seguindo as medidas protetivas determinadas pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, optou-se pela realização das oficinas no próprio território das ACS, formato no qual os acadêmicos se deslocaram até diferentes espaços da comunidade, como salão paroquial, auditório da escola e centro comunitário.

Desenvolvimento das oficinas

As atividades de educação permanente para os ACS fundamentaram-se nos pressupostos teóricos de Paulo Freire, em que se buscou considerar que todas as pessoas possuem saberes que devem ser valorizados nos momentos de compartilhar vivências. Assim, objetiva-se possibilitar aos sujeitos envolvidos o alcance de sua autonomia em busca da libertação do oprimido (FREIRE, 2018). Para o educador Paulo Freire (2018), pela prática do diálogo, se alcança a transformação dos sujeitos. De tal maneira, buscou-se a transformação dos ACS durante as atividades educativas, instigando reflexões críticas e a partilha de experiências em uma relação humanizada e de respeito mútuo.

A partir do conhecimento teórico adquirido durante as aulas do componente curricular, os acadêmicos de Enfermagem puderam organizar as oficinas educativas, buscando utilizar estratégias problematizadoras e lúdicas a fim de instigar a participação ativa dos envolvidos. As oficinas, com abordagem problematizadora, dispõem discussões sobre a igualdade de saberes, ressaltando que todo conhecimento é válido, sendo ele científico ou empírico, com incentivo ao protagonismo dos educandos (KOHAN, 2019). Além disso, a organização do ambiente influencia na interação e na construção do conhecimento, uma vez que o posicionamento das cadeiras pode subentender a existência de um nível hierárquico na troca de saberes (REGO, 2018).

Nesta perspectiva, em 2017, uma das oficinas realizadas foi sobre a temática “Autocuidado”. Para tanto, os acadêmicos de Enfermagem receberam os ACS em uma sala decorada e com aroma agradável. As cadeiras ficaram dispostas em círculo ao redor de uma mandala contendo várias folhas em branco e elementos como flores e frutos. Após todos se apresentarem, os acadêmicos os questionaram sobre como eles cuidavam de si mesmos. Cada ACS foi convidado a pegar uma folha em branco espalhada pela mandala e a escrever suas percepções. Em seguida,

todos os participantes tiveram oportunidade de dialogar, num rico momento de troca de experiências em que ficou evidente que lhes faltava motivação para poder desenvolver o seu autocuidado, buscando incentivar-se mutuamente para resgatar o cuidado de si. Eles, também, desvelaram várias estratégias para desenvolver o seu autocuidado, tanto na vida pessoal como no trabalho. A partir de então, refletiram sobre como poderiam incentivar a comunidade a desenvolver o autocuidado. Realizou-se uma analogia entre a vida humana e a vida das árvores, com profundas reflexões por parte dos envolvidos. Para encerrar esse momento, os ACS foram instigados a cuidar tanto de si quanto do outro, sendo divididos em duplas. Cada dupla recebeu um creme hidratante e, seguindo a instrução de uma estudante de Enfermagem, ao som de uma música, eles foram tocando as mãos uns dos outros por meio de massagem relaxante.

No ano de 2018, uma oficina marcante foi sobre o tema Saúde da Mulher. Primeiramente, buscou-se dialogar sobre as possibilidades de a mulher promover a sua saúde utilizando desenhos que podiam ser visualizados no projetor de imagens. A cada desenho apresentado, perguntas foram disparadas a fim de incentivar o diálogo e a participação dos ACS. Nessa oficina, também, se abordou a violência contra a mulher e as possibilidades de atuar nesta situação. Os ACS refletiram sobre suas experiências pessoais e seus medos quanto aos desafios de atuar na violência contra a mulher na comunidade. Esse encontro foi permeado de aprendizado mútuo, em que todos os envolvidos puderam, primeiramente, refletir sobre a sua saúde, visto que a maioria dos participantes era do sexo feminino, para então refletir sobre a saúde das mulheres da sua microárea de atuação.

A temática sobre Humanização na atenção à saúde foi desenvolvida em 2019. Para tanto, os estudantes de Enfermagem questionaram aos ACS: “o que você entende por humanização?”. Cada ACS, ao som musical, respondeu ao questionamento escrevendo a resposta em uma folha. Em seguida, os participantes leram suas percepções, que foram coladas em um grande cartaz exposto no centro

da sala. Os estudantes abordaram uns aos outros, com brevidade, sobre a Política Nacional da Humanização (PNI) com o apoio de *slides*, apresentando exemplos práticos que promoveram a participação ativa dos ACS em todo o período. Em seguida, os participantes foram divididos em dois grupos, sendo que um discutiu sobre as facilidades para atuar com humanização no serviço de saúde e o outro refletiu sobre as dificuldades encontradas. Cada grupo apresentou suas percepções e as possibilidades para ampliar a humanização no serviço, a começar pelo bem próprio e da equipe de saúde para, a partir de então, qualificar a assistência no atendimento humanizado aos indivíduos e coletividades.

Em virtude da conjuntura pandêmica, no ano de 2020, foi necessária uma modificação no segmento das atividades promovidas, visto que os encontros presenciais estavam proibidos para impedir a aglomeração de pessoas no município de Chapecó (CHAPECÓ, 2020). Diante disso, pensando na promoção da saúde mental dos profissionais e da população, as ações realizadas pelos acadêmicos de Enfermagem se deram na construção de vídeos educativos sobre “Saúde Mental das ACS”. Os vídeos foram construídos e encaminhados para cada coordenadora das equipes da ESF, sendo compartilhados com os ACS e com a população em geral, tendo como objetivo principal estender o conhecimento e levar a promoção do autocuidado e da saúde mental às demais pessoas em tempo pandêmico. Somado a isso, esses vídeos, também, foram disponibilizados em português e traduzidos para os idiomas inglês, francês e crioulo a fim de incluir os imigrantes residentes no município, principalmente haitianos.

Para se deslocar e realizar as oficinas em locais da comunidade dos ACS, no ano de 2021, foram necessárias algumas medidas para que todos os participantes pudessem desfrutar daquele momento da melhor forma possível e em segurança. Por esse motivo, escolheu-se um ambiente arejado e amplo para que as cadeiras pudessem ser organizadas distante umas das outras, além da obrigatoriedade do uso da máscara por todos os presentes durante o período de permanência no

local. Além da preocupação com a segurança dos participantes, pensou-se em promover um momento no qual as ACS participassem de forma ativa do processo educativo.

Em tal contexto, o tema abordado em 2021 foi relacionado à comunicação interpessoal. Em um primeiro momento, realizou-se uma atividade com o objetivo de conhecer os participantes e introduzir o assunto proposto. Para isso, os ACS formaram duplas e citaram o nome e microárea na qual o colega sentado ao seu lado atuava. Em seguida, outra atividade foi proposta como forma de ressaltar a importância da comunicação e os elementos relacionados a ela. Nessa perspectiva, foram formados grupos representados por uma líder, que recebeu um desenho impresso, o qual teve como função instruir os demais colegas a reproduzi-lo em uma folha em branco utilizando mecanismos da comunicação. Após a finalização da atividade, foram levantados questionamentos quanto às potencialidades e às dificuldades relacionadas a essa temática, estabelecendo aproximação com a realidade vivenciada no serviço. Para contextualização do assunto, os acadêmicos de Enfermagem trouxeram estratégias para aprimorar as relações interpessoais e sua importância no âmbito profissional, proporcionando a participação ativa dos ACS, com suas experiências e sugestões. Ao findar, todos receberam um agrado com uma frase sobre comunicação, a qual puderam ler aos demais e, ao mesmo tempo, refletir acerca do assunto em pauta.

Para realização das oficinas educativas, buscou-se desenvolver diferentes dinâmicas e debates que proporcionaram reflexão crítica sobre as temáticas abordadas com trocas de experiência, favorecendo ambas as partes envolvidas. Em tal perspectiva, a interação dos ACS foi de extrema relevância, uma vez que foram considerados protagonistas durante o processo de ensino-aprendizagem. De forma semelhante, os acadêmicos envolveram-se nesse percurso, no qual tiveram autonomia para planejar e desenvolver as atividades educativas conforme a necessidade e realidade dos ACS.

Com o vínculo estabelecido entre ensino-serviço, notou-se a relevância do compartilhamento de saberes e experiências devido às diferentes percepções encontradas durante o processo de trabalho. Essa ação, além de trazer inúmeras informações, incentivou o autocuidado dos participantes, que puderam ampliar seu olhar para temas pertinentes e que influenciam diretamente na vida do indivíduo e da sociedade.

A partir dessas ações educativas, os ACS passaram a ser multiplicadores do conhecimento, visto que, com a reflexão sobre as temáticas abordadas, puderam compartilhar as orientações para a comunidade, qualificando ainda mais o serviço de saúde na APS. Portanto, o prosseguimento das oficinas educativas revela a eficácia dessa interação, proporcionando uma parceria perdurável e com resultados para a sociedade, para o serviço de saúde, para o autocuidado dos ACS e para a formação dos futuros profissionais enfermeiros.

Considerações finais

As ações educativas para os ACS possibilitaram ampliar o olhar sobre si e em relação à comunidade em que estão inseridos, instigando reflexão, diálogo e troca de experiências. Além disso, os momentos de conversação proporcionados durante as oficinas educativas revelaram a importância de expor suas dificuldades e os desafios encontrados na prática para promover saúde a fim de buscar resolubilidade coletiva, enfatizando, assim, a importância do trabalho multiprofissional.

De maneira similar, desvelou-se a importância da inserção dos acadêmicos de Enfermagem no campo prático em virtude da troca de saberes que este meio proporciona devido à pluralidade encontrada nos serviços de saúde. Diante disso, os estudantes desenvolveram habilidades para promover a saúde e a capacidade

de se habituar às diversas realidades, preparando-se para o enfrentamento de diferentes situações com que poderão se deparar ao longo da profissão.

O fato é que a integração dos profissionais com os estudantes beneficiou o serviço, uma vez que o compartilhar das informações com os ACS os instigou a multiplicar seus conhecimentos na comunidade. Portanto, as oficinas educativas, desenvolvidas com embasamento teórico e de maneira lúdica e criativa, podem qualificar o serviço e trazer novas possibilidades promotoras de saúde para a superação de desafios vivenciados dentro de cada realidade.

Dada a importância, conclui-se que há necessidade do seguimento da parceria entre ensino-serviço-comunidade, uma vez que esta demonstrou resultados significativos para estudantes, servidores e sociedade de modo geral, tendo em vista que todos os envolvidos se beneficiaram por meio da realização da educação permanente para os ACS.

Referências

AMARAL, G. G. *et al.* Suporte ético-emocional à profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, n. esp., p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/NBkWkCdJpb7C6sh8n6S3WCK/>. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 3 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CHAPECÓ. **Decreto nº 39.112, de 08 de julho de 2020**. Chapecó: Prefeitura Municipal, 2020. Disponível em: <https://diariomunicipal.sc.gov.br/site/?r=site/acervoView&id=2554984>. Acesso em: 3 dez. 2021.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. **Estratégia saúde da família**: reflexão sobre algumas de suas premissas. Maranhão, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

KHALAF, D. K. *et al.* Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 9, p. 1-20, jul. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/31464/html>. Acesso em: 14 nov. 2021.

KOHAN, W. O. Paulo Freire e o valor da igualdade em educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 45, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/fHZDML53D8X6xTsRzghL8Qp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 65. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

MENDES, T. M. C. *et al.* Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 4, n. 1, p. 98-116, jul. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/14283/9823>. Acesso em: 15 nov. 2021.

NEPOMUCENO, R. C. A. *et al.* O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1637-1646, maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04162021>. Acesso em: 20 nov. 2021.

REGO, A. M. X. Educação: conceitos, finalidades e modalidades. **Scientia cum Industria**, Caxias do Sul, v. 6, n. 1, p. 38-47, 2018. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/scientiacumindustria/article/view/5844>. Acesso em: 15 nov. 2021.

RESENDE, M. C. *et al.* Saúde mental e ansiedade em Agentes Comunitários que atuam em Saúde da Família em Uberlândia-MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2115-2122, abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/V5RQjCFfDZnnHcKvxsLyDcs/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

Promoção da Saúde na Visita Domiciliar: ampliando possibilidades para ação de Agentes Comunitários de Saúde

Valéria Silvana Faganello Madureira

Jeane Barros de Souza

Denise de Campos

Juliana Romanoski Alves de Moura

Julia Milena Grando Carniel

Eduarda Antonia Sartoretto

Introdução

A Atenção Primária de Saúde (APS) é classificada como a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e tem vários objetivos, dentre os quais: a resolutividade das necessidades de saúde da população, o encaminhamento de indivíduos a outros pontos da rede de atenção conforme a complexidade de sua situação e a coordenação do cuidado com base na promoção à saúde e nos determinantes sociais (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Nesse contexto e tendo a promoção à saúde como um dos focos principais, a APS é essencial para estruturação e a aplicação de ações que estimulem o atendimento integralizado à saúde (PRADO; SANTOS, 2018). A concepção ampliada da promoção à saúde é essencial para que haja resolutividade de problemas sociais, gerando, por conseguinte, maior qualidade de vida para a

população (PETTRES; DA ROS, 2018). Nesse sentido, em 2014, o Ministério da Saúde redefiniu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNEPS), ressaltando alguns de seus princípios fundantes, tais como solidariedade, felicidade, respeito à diversidade, justiça e inclusão social, o que dissocia “[...] o entendimento de saúde com o de doença, valorizando os aspectos sociais e não os biológicos.” (PETTRES; DA ROS, 2018, p. 183).

Vale ressaltar que promoção à saúde é diferente da prevenção ou tratamento de doenças e, para que se tenha maior enfoque nas atividades de promoção à saúde, é importante que essa distinção seja esclarecida. Atividades de educação à saúde com o intuito de levar informações, por exemplo, são essenciais para que se obtenha mudança social, o que deve ser o foco da promoção à saúde, proporcionando aos indivíduos a condução de boas práticas de saúde e possibilitando a transformação da qualidade de vida (PETTRES; DA ROS, 2018).

Para ampliar as possibilidades de cuidado à população, em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Já a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi criada em 2002, com a Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, “[...] que definiu seu exercício como exclusivamente no âmbito do SUS e sob a supervisão do gestor local em saúde.” (BRASIL, 2016, p. 9). Assim, os ACS passaram a compor a APS como elementos essenciais para maior integração entre a população e os serviços de saúde. Tais profissionais possibilitaram a ampliação da cobertura da população atendida a fim de gerar maior resolutividade dos problemas e obter um atendimento holístico de saúde na tentativa de atuar sobre os determinantes sociais da saúde, na prevenção de doenças e na promoção à saúde (MOROSINI; FONSECA; 2018).

Como integrante da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o ACS desenvolve atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde através de ações domiciliares, comunitárias, individuais e coletivas (ANDRADE; CARDOSO,

2017). Nesse sentido, esse profissional precisa ter um olhar ampliado à saúde da família e não apenas ao indivíduo, buscando compreender os determinantes biopsicossociais. Além disso, uma de suas principais funções é o fortalecimento do vínculo com a comunidade por meio de visitas domiciliares (VD), o que permite maior integração dos serviços de saúde como uma rede de apoio às famílias, além de maior acesso às informações (ANDRADE; CARDOSO, 2017; NUNES *et al.*, 2018).

A VD é, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), uma das importantes atribuições do ACS, com priorização de grupos mais vulneráveis (BARBOSA, 2017). Tais visitas têm o intuito de acompanhar os usuários de forma integral, oferecendo suporte e possibilitando a criação de vínculo entre a população e os profissionais/serviço de saúde. Além disso, a VD amplia o acesso à saúde, disseminando informações relevantes sobre o serviço, promovendo integração entre os pontos componentes da rede de atenção (NUNES *et al.*, 2018).

Diante do exposto, é essencial que a qualificação de ACS seja permanente, a fim de que possam atuar nas diferentes interfaces da APS. Ainda, o comprometimento profissional é essencial para que possam auxiliar no reconhecimento das necessidades da comunidade, assim como na determinação de prioridades e, conseqüente, na melhoria da qualidade de vida da população (ZERBETO *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que a educação permanente em saúde (EPS) dos profissionais é de fundamental importância para o bom andamento da equipe, bem como para a melhoria da atenção à população. A EPS foi instituída no Brasil como uma política de saúde por meio das portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007, que têm o objetivo central de nortear a formação e a qualificação dos profissionais atuantes dos serviços públicos de saúde em prol da transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, conforme as necessidades e dificuldades do SUS (CARDOSO *et al.*, 2017).

O ACS, como participante da equipe de saúde da família, também requer atenção especial, visto que forma o elo entre o serviço de saúde e a população/comunidade. Ademais, as atividades educativas resultam em reflexão e atualização profissional, visando sempre à melhora na qualidade e na resolutividade do atendimento das demandas de saúde de um território. As oportunidades de educação permanente promovem momentos de interação entre os ACS e os demais integrantes da equipe, diminuindo, assim, possíveis conflitos, exaustão e desgaste profissional (GUERRA; MELO JÚNIOR; FROTA, 2018).

Nesse sentido, a universidade figura como uma aliada na formação e na atualização dos profissionais, especialmente considerando-se a relevância da interação entre equipe de saúde e estudantes. A universidade é composta por um tripé que integra pesquisa, extensão e ensino, o que abre diversas oportunidades para desenvolver uma enriquecedora troca de experiência dos estudantes com os profissionais que estão em atuação, podendo auxiliar a suprir as necessidades, tanto de qualificação como de formação profissional, de acordo com cada instituição, com possibilidade de aprimorar a assistência nos serviços de saúde (ZERBETO *et al.*, 2020).

O ano de 2020 presenciou o início da pandemia da COVID-19, que impôs uma série de alterações, restrições e limitações à vida social e profissional da população. Dessa forma, as ações em saúde, como consultas, VD, atividades de educação em saúde e de educação permanente também foram afetadas. As atividades educativas foram, em grande parte, suspensas, enquanto outras, antes realizadas com um maior número de ACS, precisaram de adaptações para que as possibilidades de transmissão do vírus fossem minimizadas. Esse cenário demandou que o número de profissionais no mesmo ambiente fosse reduzido e que houvesse distanciamento de, pelo menos, um metro entre as pessoas, assim como a utilização correta e contínua de máscara, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde e descrito na Lei n. 14.019, de 2 de julho de 2020.

Conseqüentemente, as ações de educação para estudantes em formação, principalmente na área da saúde, também sofreram limitações, visto que o ensino remoto foi adotado pela universidade como alternativa à paralisação das atividades letivas, impossibilitando, por determinado tempo, a atuação em campos de prática. Contudo, no ano de 2021, as atividades teórico-práticas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó, em Santa Catarina, foram retomadas e, junto com elas, as ações educativas com os ACS, dada a sua relevância como ação benéfica na educação permanente desses profissionais e no processo de formação de enfermeiros. Além disso, tais atividades enriquecem a vida dos estudantes, visto que possibilitaram a troca de saberes e experiências, permitindo que estabelecessem relações entre teoria e prática na própria atuação.

A retomada das atividades educativas, mesmo diante do cenário pandêmico, necessitou de adaptações, visto que o processo de composição das oficinas não foi totalmente presencial. Mesmo diante das fragilidades encontradas, a iniciativa foi indispensável no processo de aprendizagem, visando o aprofundamento do conhecimento de temáticas importantes no âmbito da APS, além de reforçar a importância da educação permanente e de demonstrar que a articulação entre a saúde e a educação são modificadoras das práticas assistenciais de cuidado (POLAKIEWICZ, 2021).

Sendo assim, este capítulo tem como objetivo compartilhar as experiências vivenciadas por estudantes de Enfermagem da UFFS no desenvolvimento de oficinas de educação permanente com ACS do município de Chapecó com o intuito de contribuir para a qualificação destes profissionais para promoção da saúde na VD.

Preparo da atividade educativa

Na quinta fase do Curso de graduação em Enfermagem da UFFS, anualmente, desenvolve-se o Seminário de Educação em Saúde, que integra um dos processos avaliativos do componente curricular Cuidados de Enfermagem em Atenção Básica de Saúde (CEABS). No desenvolvimento deste componente curricular, no ano de 2021, a atividade foi abordada, inicialmente, com aula expositiva sobre Educação em Saúde, que introduziu o contexto da proposta e sua fundamentação teórica.

Na oportunidade, refletiu-se sobre o papel e a importância da prática de educar em saúde na construção de conhecimentos a partir da interação entre saberes já sistematizados (PULGA *et al.*, 2020). Nesse momento, debateu-se a essencialidade da qualificação do profissional de saúde e da educação permanente para a promoção da saúde e para o cuidado integral do usuário, bem como para o fortalecimento do controle social no SUS (PULGA *et al.*, 2020).

Inicialmente, os acadêmicos foram separados em pequenos grupos, cada um sob orientação de uma das docentes de CEABS, para a escolha do tema, planejamento e preparo da atividade. A orientação geral para todos os grupos incluía alguns aspectos: a necessidade de ser uma atividade criativa, que envolvesse todos os componentes do grupo e promovesse a participação ativa dos ACS; o tempo limite de 45 minutos para o desenvolvimento de cada oficina; a preservação do distanciamento interpessoal no desenvolvimento da atividade educativa e dos demais cuidados cabíveis diante da pandemia de COVID-19.

Em seguida, oito grandes eixos temáticos foram propostos aos estudantes: 1) A VD do ACS; 2) O papel do ACS na assistência ao indivíduo e família com Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial; 3) O papel do ACS na assistência à mulher; 4) O papel do ACS na assistência ao indivíduo e família com gestante; 5) O papel do ACS na assistência ao indivíduo e família com idoso; 6) O papel do

ACS na assistência ao indivíduo e família com criança; 7) Relações interpessoais com a equipe e a comunidade; 8) Ervas medicinais na comunidade (analgésicos, calmantes, indutores de sono, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, cólica infantil, cólica menstrual).

Cada grupo escolheu um dos grandes eixos e propôs possíveis temáticas a serem abordadas em cada um. A seguir, em discussão com a docente orientadora, as temáticas foram revisadas e reduzidas a partir da relevância, considerando a necessidade de desenvolvimento em 50 minutos. Vale ressaltar que os grandes temas propostos foram definidos em acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, a partir de demandas identificadas pelos profissionais de saúde.

Os grupos prosseguiram trabalhando na proposição de ideias para o desenvolvimento da temática, conteúdo a ser abordado e formato da atividade. Feito isso, cada grupo enviou às docentes uma descrição do que foi organizado para posterior aprovação. Isto posto, as oito temáticas aprovadas para a atividade educativa foram: 1) A Visita Domiciliar do ACS; 2) Ervas Medicinais na Comunidade; 3) Visita Domiciliar do ACS ao Idoso e Família; 4) Material Educativo para Gestantes; 5) Visita Domiciliar em Situação da Violência contra a Criança; 6) Visita Domiciliar para Mulheres; 7) Visita Domiciliar para pessoas com Hipertensão e Diabetes; 8) Relações Interpessoais com a Equipe e a Comunidade.

Cada grupo prosseguiu com a organização, preparando-se para desenvolver a atividade em sala de aula em seminário organizado para esse fim. Ficou acordado que, durante o seminário, cada grupo seria criticamente avaliado por docentes e colegas de turma, com sugestão de modificações para aprimoramento da atividade educativa. O processo de preparo do seminário decorreu de acordo com a organização de cada grupo por meio de divisão de tarefas, revisão de literatura, busca de materiais de apoio, além de contar com momentos assíncronos

via plataforma Webex, disponibilizados em hora/aula, nos quais as docentes os orientavam para o desenvolvimento de estratégias de abordagem das temáticas com os ACS.

O progresso do trabalho de cada equipe dependeu da interação dos membros na construção compartilhada de conhecimentos, de maneira que pudessem levantar discussões e trazer possíveis formas de manejar as situações vivenciadas pelas ACS. Dessa forma, as dinâmicas e a condução de cada oficina foram elaboradas pelos grupos com o objetivo de proporcionar a participação ativa dos ACS e troca de saberes entre os envolvidos (ACS, estudantes e docentes), buscando instigar a reflexão crítica destes profissionais para a ampliação de suas ações cotidianas na comunidade.

Enfim, nos dias 14,15 e 16 de julho de 2021, o seminário foi desenvolvido, de maneira presencial, em um dos auditórios da UFFS. Os três momentos foram idealizados com o intuito de que os grupos pudessem praticar a oficina preparada da mesma maneira como o fariam com os ACS, bem como receber considerações e sugestões dos ouvintes, com aspectos a serem agregados, extraídos ou melhorados.

A execução das oficinas de educação permanente ocorreu conforme distribuição dos grupos para realização de atividades teórico-práticas (ATP) do componente curricular: pelo cronograma estabelecido, quatro grupos entraram em campo a cada vez, de forma que as oficinas se dividiram em dois momentos com os ACS estando atuantes nas três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Chapecó, nos quais estudantes e docentes desenvolviam ATP.

Para o desenvolvimento das oficinas, todos os estudantes e docentes dos grupos envolvidos se deslocaram para o território das três UBS, sendo um encontro em cada local. Para tanto, as docentes buscaram espaços apropriados em cada comunidade, considerando a necessidade de manutenção de distanciamento físico entre os presentes. Os locais foram: um salão comunitário, um salão de igreja e um auditório de escola.

A atividade educativa em ato

As oficinas de educação permanente ocorreram em duas etapas, visto que, enquanto alguns grupos de estudantes realizavam ATP nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), os demais se encontravam em atividade no ambiente hospitalar. A primeira etapa desenvolveu-se no mês de outubro de 2021, com a participação de 36 ACS de três unidades de saúde, aqui identificadas como UBS 1, UBS 2 e UBS 3. Já na segunda etapa, as atividades foram desenvolvidas no mês de novembro de 2021 nas UBS 1 e UBS 2, com participação de 21 ACS. A redução de uma unidade se deu em razão da organização das ATP.

No primeiro momento de educação em saúde, etapa 1, foram compartilhados os seguintes temas: 1) A visita domiciliar do ACS; 2) Ervas medicinais na comunidade; 3) Visita domiciliar do ACS ao idoso e família; 4) Material educativo sobre papel do ACS na assistência à família com gestantes. Cada grupo organizou uma atividade criativa e lúdica, com disponibilização de materiais educativos para encaminhamento posterior às ACS, via *WhatsApp*.

Já no segundo momento de educação em saúde, etapa 2, foram abordados os temas: 5) Visita domiciliar em situação de violência contra a criança; 6) O papel do Agente Comunitário de Saúde na Assistência ao Indivíduo e Família com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 7) Relações Interpessoais com a Equipe e Comunidade; 8) Visita Domiciliar para Mulheres. Cada um destes temas contou, também, com uma abordagem temática, juntamente com uma dinâmica e com disponibilização de materiais educativos para encaminhamento posterior às ACS via *WhatsApp*.

O Quadro a seguir apresenta os temas abordados, a discussão, a dinâmica e os materiais adicionais que cada grupo ofertou na etapa 1 e 2 durante as oficinas.

Quadro 1 – Resumo das oficinas desenvolvidas com ACS

		Etapa 1			
		Tema	Discussão	Dinâmica	Adicionais
Grupo 1	Visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde		<p>Importância do ACS para a comunidade e para a UBS. Diálogo com os ACS sobre facilidades e dificuldades encontradas em uma VD.</p>	<p>O grupo distribuiu papéis em três cores diferentes para cada uma das ACS. Cada cor representava um sentimento, sendo eles: Facilidade, Dificuldade e Possibilidades durante a realização de uma Visita Domiciliar. Foi solicitado que elas escrevessem suas opiniões em cada um dos papéis e, após isso, por ordem de cores, cada ACS leu o que havia escrito e uma discussão foi conduzida a partir do que o grupo trouxe. Ao final, uma paródia musical foi cantada sobre a temática, instigando participação de todos.</p>	<p>O grupo desenvolveu um <i>folder</i> digital, com referência à cartilha já existente, realizada pelo Ministério da Saúde, sobre o trabalho do ACS. O <i>folder</i> foi encaminhado pelo aplicativo <i>WhatsApp</i> para as ACS.</p>
	Ervas Medicinais		<p>Histórico do uso de fitoterápicos no SUS, formas de preparo e consumo, ervas preconizadas pela ANVISA de acordo com os sinais, sintomas e patologias.</p>	<p>Inicialmente, o grupo serviu diferentes chás para as ACS e solicitou que indicassem a erva utilizada em cada um. Após, foi proposto que as ACS indicassem quais ervas medicinais usariam para determinadas doenças, enquanto os estudantes registravam as respostas em um cartaz. Assim, as informações registradas foram discutidas e complementadas com contribuições científicas.</p>	<p><i>Folder</i> educativo, idealizado a partir das discussões, foi encaminhado às ACS por <i>WhatsApp</i>.</p>

Grupo 3

Visita domiciliar do ACS ao idoso e família

Diante da situação pandêmica, optou-se por abordar a saúde mental do idoso, risco de queda, importância da vacinação e cuidados adequados com idosos acamados e domiciliados.

O grupo pediu para que as ACS formassem duplas e cada par ganhou uma bola. A dupla deveria deslocar a bola do peito até as mãos, contornar pelas costas e retornar ao local de início sem deixar a bola cair. A dinâmica não foi fácil, precisou de concentração, calma, equilíbrio, entre outras habilidades, e a proposta dessa dinâmica foi representar o idoso (a bola) e a UBS/ACS (a dupla). Se uma das partes não estivesse em sintonia com o momento vivenciado, a bola/ idoso cairia, ou seja, ficaria desassistido/a ou faltaria parte da assistência para ofertar o melhor cuidado.

Sem adicionais.

Grupo 4

O papel do ACS na assistência à família com gestantes

Abordou-se a promoção de saúde da gestante e de sua família, ressaltando a importância da vacinação, pré-natal, depressão pós-parto, IST com foco na sífilis. Comunicação da ACS com usuários estrangeiros na VD.

O grupo confeccionou um *folder* sobre orientações relacionadas ao pré-natal, puerpério, consultas do neonato, vacinação, prevenção e tratamento de IST, promovendo um diálogo com as ACS sobre essas orientações. Essas informações foram traduzidas em quatro idiomas, sendo eles português, inglês, espanhol e crioulo.

Os *folders*, nas quatro línguas, foram encaminhados via *WhatsApp* para as ACS para que pudessem compartilhar com a comunidade, sobretudo com os estrangeiros lá residentes.

Etapa 2

Grupo 5

Visita domiciliar em situação de violência contra a criança

Como identificar os sinais que as crianças dão quando estão ou passaram por alguma situação de violência; quais os tipos de violência, quais as consequências dela, o papel do ACS diante de uma violência infantil e a importância da notificação.

O grupo espalhou três objetos no centro da sala (uma blusa manchada com tinta vermelha, uma calcinha infantil manchada com tinta vermelha e uma boneca). Em cada objeto, havia a descrição de um caso de violência. As ACS foram divididas em três grupos. Cada grupo escolheu um objeto, leu o caso buscando identificar sinais que indicassem que a criança sofreu uma violência e qual era o tipo de violência. Após a discussão nos grupos, as informações foram compartilhadas com os demais, discutidas com base nas experiências e vivências de cada um.

Foi elaborado um *folder* digital que posteriormente foi encaminhado via *WhatsApp* para as ACS, com as principais informações compartilhadas. Além disso, foram distribuídos pirulitos com frases sobre a temática.

Grupo 6

O papel do Agente Comunitário de Saúde na Assistência ao Indivíduo e Família com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A explicação e discussão sobre as diferenças entre uma doença crônica e uma doença aguda, o que é Hipertensão Arterial Sistêmica e o que é Diabetes mellitus. Também, como as ACS podem agir e orientar a população afetada com essas doenças crônicas.

O grupo pediu que as ACS fizessem uma fila e cada uma recebeu uma folha, que deveria ficar apoiada nas costas da pessoa da frente, e uma caneta. A atividade consistiu em realizar o desenho que a pessoa de trás faz em suas costas e reproduzi-lo na sua folha para que a pessoa da frente consiga reproduzir o desenho também. O intuito dessa dinâmica foi demonstrar como uma boa comunicação é essencial entre a comunidade e a ACS para que ela consiga levar as demandas até a UBS e buscar uma resolução. Muitas vezes, a comunicação é falha e o resultado não é o que esperamos.

Foi elaborado um *folder* digital que, posteriormente, foi encaminhado via *WhatsApp* para as ACS, com as principais informações da apresentação.

Grupo 7

Relações Interpessoais com a Equipe e Comunidade

Importância da comunicação, a diferença da comunicação interpessoal e intrapessoal, quais os pontos a serem abordados para uma boa comunicação.

O grupo dividiu as ACS em vários subgrupos, distribuiu folhas e canetas e elegeu um integrante por grupo para guiar os demais participantes. O responsável por instruir o restante do grupo recebeu um desenho formado por figuras geométricas e deveria guiar os participantes a reproduzi-lo sem mostrar a figura, apenas descrevendo-a. O intuito dessa dinâmica foi demonstrar como é importante a forma com que uma informação é transmitida, pois pode gerar muitas interpretações positivas ou negativas.

Uma bala com frase motivacional.

Grupo 8

Visita Domiciliar para Mulheres

Foi abordado sobre o aumento dos índices de estresse, ansiedade e depressão, contribuindo para o aumento da violência contra a mulher e prejudicando ainda mais a saúde mental destas, principalmente durante a pandemia.

O grupo pediu que as ACS fizessem um círculo ao redor de uma acadêmica do grupo. Enquanto elas conversavam, ficava tocando uma música que fazia menção à violência contra a mulher e, em certo momento, um estudante do sexo masculino simulava tirar a acadêmica do centro do círculo à força. O intuito da dinâmica foi demonstrar que, muitas vezes, a sociedade vê acontecer uma violência e não se mobiliza para ajudar a vítima.

Sem adicionais.

Fonte: elaboração dos autores.

O *feedback* dos grupos de ACS participantes das oficinas, durante as duas etapas, foi muito semelhante, apesar das diferenças entre eles. Na UBS 1, o número de ACS era menor (seis) e todas eram mais introspectivas, o que, inicialmente, dificultou a realização das dinâmicas e as trocas de informações, exigindo que fosse continuamente estimulada a participação pelos estudantes. Nas UBS 2, contou-se com a participação ativa de 15 ACS, o que possibilitou maior interação e troca de conhecimentos. Já na UBS 3 foram 15 ACS, sendo que o grupo era muito comunicativo, aberto à troca de experiência e de informações.

Durante as apresentações e os diálogos, os estudantes puderam perceber as dificuldades e os empecilhos encontrados no dia a dia das ACS, como o mau tratamento que, muitas vezes, recebem da população, a falta de empatia dos profissionais da UBS, a sensação de serem ignoradas quando trazem os problemas da comunidade para compartilhar com a equipe, bem como a desvalorização da profissão, relatados pelas próprias profissionais. De acordo com Rodrigues (2016), infelizmente, esta é uma situação epidêmica no país, na qual a falta de segurança, a sobrecarga laboral, as más condições de trabalho e o mau relacionamento com a equipe se tornaram características da profissão, com destaque para o relacionamento com a equipe. No entanto, se faz necessário que a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, seja cumprida. Nesta legislação estão pontuadas todas as atribuições cabíveis aos Agentes Comunitários de Saúde, bem como as dificuldades e empecilhos relatados pelas ACS durante as oficinas.

A condução das atividades de educação em saúde converge com os princípios educativos de Paulo Freire, para quem o diálogo é primordial para o aprendizado e para tornar o processo pedagógico democrático. Freire afirma, trazendo para o contexto destas ações educativas, que todos (estudantes e ACS) são transformados no processo educativo, pois aprendem ao mesmo tempo em que ensinam (FREIRE, 2018). Além disso, quando os estudantes deram oportunidade

para as ACS falarem e exporem suas experiências, houve democratização da troca de informações entre todos.

Desse modo, na avaliação das duas etapas da atividade educativa, os estudantes evidenciaram que as oficinas, como um todo, foram de grande valia, pois as trocas de informações, saberes e experiências foram muito importantes para ampliação de seus próprios conhecimentos e para seu crescimento acadêmico, fortalecendo a sua formação profissional. Além disso, as atividades de educação em saúde foram importantes, também, para as ACS, pois possibilitaram a atualização dos seus conhecimentos em várias áreas e a proposição de ações adicionais em algumas temáticas. As ACS fizeram vários questionamentos que enriqueceram as oficinas e, ao mesmo tempo, demandaram que os estudantes fossem flexíveis para valorizar as informações que elas traziam, aproximando-as do saber científico que eles próprios traziam, sem extrapolar o tempo destinado a cada oficina. Aliás, esse foi o único impasse relatado pelos grupos: o tempo destinado para cada oficina, envolvendo dinâmicas e debates, que poderia ter sido maior.

Durante os diálogos estabelecidos com as ACS, os estudantes puderam compreender o posicionamento assumido por elas frente aos temas apresentados. Isso foi especialmente verdadeiro nas abordagens de temas como violência e negligência, pois, na grande maioria das vezes, as profissionais nem sempre levam os casos para discussão com a equipe por temerem por sua própria segurança e de sua família, visto que residem na comunidade. Muitas relataram sofrer ameaças de membros das famílias caso retornassem à residência ou notificassem as autoridades. Na experiência das ACS, como a profissão não é tão valorizada como poderia ser, tanto por parte da comunidade quanto pela própria equipe de saúde, muitas se submetem às expectativas das famílias. Tal posicionamento contribui para aumentar a invisibilidade de situações de violência, a exemplo daquela que ocorre com crianças, mulheres e idosos.

De acordo com Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2015, p. 3), a comunidade troca os papéis da Agente Comunitária de Saúde, pois, como ela é uma figura que reside no mesmo bairro, a população pode vê-la como uma vizinha, uma amiga, até uma parente, mas não como uma profissional da saúde. Assim, quando há necessidade de ações que possam interferir na vida de uma família, a ACS pode sofrer com ameaças.

Em estudo que entrevistou ACS sobre suas percepções e suas contribuições para a gestão em saúde, Speroni *et al.* (2016) relatam a fala de uma participante, a qual mencionou que, em alguns casos, é vista como uma pessoa estranha à família e como uma ameaça, impedindo-a de realizar promoção, prevenção e proteção à saúde. O cenário delineado pelos relatos das participantes reforça a importância de ações de educação que possibilitem a valorização da experiência de vida e trabalho do ACS, permitindo trocas que possam contribuir para fortalecê-las para o exercício cotidiano de sua profissão na própria comunidade em que residem e com o apoio da equipe de saúde.

No que se refere à formação profissional e partindo-se do pressuposto de que todo profissional de saúde é um potencial educador, a proposta torna-se relevante como parte do processo formativo de futuros enfermeiros, visto que a categoria deve gerir a equipe de saúde e envolvê-la em ações educativas que propiciem o estabelecimento de uma relação de confiança e vínculo entre os membros da equipe e desta com a comunidade (MONTEIRO, 2015). Daí a importância de desenvolver ações educativas “[...] que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.” (MONTEIRO, 2015, p. 17).

Além disso, a construção do seminário abordou temas fundamentais no contexto saúde-doença dos usuários, promoveu entre os estudantes aspectos como o trabalho em equipe, partilha de saberes, educação permanente, dando visibilidade à interprofissionalidade na assistência à saúde da comunidade e foi bem-sucedida

em seu desenvolvimento. Isso pôde ser observado no decorrer do processo de organização das atividades, bem como no decorrer da operacionalização das oficinas com os ACS, visualizando o avanço dos estudantes na segurança ao falar, na escuta e na desenvoltura em lidar com diferentes opiniões e experiências. Isso proporcionou comunicação participativa e interação do grande grupo de forma leve e descontraída, permitindo efetiva troca de saberes.

O componente viabilizou a ação educativa em estabelecimentos de saúde utilizados ao longo da graduação como cenários para ensino prático, o que auxilia na compreensão e nos conhecimentos dos estudantes, que vivenciam situações reais na assistência ao usuário (SILVA *et al.*, 2021). Essa decisão propiciou momentos de integração entre ensino e serviço, o que pode ser considerado outro aspecto de grande relevância no processo de aprendizagem, bem como na contribuição da universidade para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade, segundo as diretrizes do SUS. Assim, o vínculo estreito entre a comunidade científica e o serviço se tornou uma estratégia fundamental no benefício de estudantes durante o processo de aprendizagem; de ACS, que, através das discussões sobre as problematizações dos temas, puderam usufruir de um momento de reflexão e fala acerca de suas experiências e dificuldades e, a partir disso, estabelecer novos parâmetros para a aprendizagem e o saber; e, em benefício dos usuários, com a melhoria da assistência (SILVA *et al.*, 2021).

Considerações finais

O desenvolvimento das oficinas evidenciou a importância do ACS no processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, considerando promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, vigilância e estabelecimento de vínculo entre as famílias e UBS. Porém, como o ACS nem sempre tem formação

em saúde, é necessário que sua atuação seja orientada pela equipe e vinculada ao planejamento da própria unidade e da Secretaria Municipal de Saúde.

Nesse sentido, desvela-se a premência das atividades educativas, abordando temas próximos da vida e do trabalho desses profissionais. Destarte, é notória a importância de permitir que os estudantes vivenciem esses momentos enriquecedores de troca de experiência em conjunto com profissionais de saúde, favorecendo o seu desenvolvimento pessoal e fortalecendo sua formação acadêmica.

Referências

ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários. **Psico-USF**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 87-98, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/pnL4dyd3Sn8KRmmGSQqLNxF/?lang=pt>. Acesso em: 5 jan. 2022.

BARBOSA, M. T. M. **Capacitação dos agentes comunitários da saúde**. 2017. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10529?mode=full>. Acesso em: 5 jan. 2022.

BRASIL. **Lei Federal nº 14.019, de 02 de julho de 2020**. Brasília: Casa Civil, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14019.htm. Acesso em: 8 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 24 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_capacitacao_agentes_comunitarios_cuidado.pdf. Acesso em: 24 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 24 jan. 2022.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jsqG5T5c4jcX8LKxyds3dYH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 65. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/crDQqJ4RpTNj4yPz86ps35x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2022.

GUERRA, H. S.; MELO JÚNIOR, C. A. C.; FROTA, R. S. Educação continuada para agentes comunitários de saúde: uma visão acadêmica. **Extensio UFSC**, Florianópolis, v. 15, n. 28, p. 101-107, abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2018v15n28p101>. Acesso em: 5 jan. 2022.

MONTEIRO, E. M. L. M. **Educação popular em saúde**. Recife: UNA-SUS, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3328/1/6educ_pop_saude_2016.pdf. Acesso em: 20 dez. 2021.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 261-274, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJm7MRgkGKjTRnSd9mxG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

NUNES, C. A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basal dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 127-144, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HL6TRrF7NyvpWjXdVyfhzsH/?lang=pt>. Acesso em: 5 jan. 2022.

OLIVEIRA, I. A. A dialogicidade na educação de Paulo Freire e na prática do ensino de filosofia com crianças. **Movimento: Revista de Educação**, Niterói, v. 4, n. 7, p. 230-222, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/mov.v0i7.414>. Acesso em: 24 jan. 2022.

PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 47, n. 3, p. 183-196, out. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/915936/375-1511-1-ce.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

POLAKIEWICZ, R. Educação permanente e continuada em tempos de pandemia. **PEBMED**, 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/educacao-permanente-e-continuada-em-tempos-de-pandemia/>. Acesso em: 8 jan. 2022.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 379-395, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SCVGB8QDgCysbMhbjYPdzP/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2021.

PULGA, V. L. *et al.* (org.). **Educação popular, equidade e saúde: dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde – a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Educa%C3%A7%C3%A3o-Popular-Equidade-e-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

RODRIGUES, T. **Agentes comunitários de saúde relatam dificuldades para o exercício da profissão**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/agentes-comunitarios-de-saude-relatam-dificuldades-para-o-exercicio-da-profissao>. Acesso em: 23 jan. 2022.

SILVA, V. B. *et al.* Educação permanente na prática da enfermagem: integração entre ensino e serviço. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, p. 1-6, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/sbXLsqhFnbPDMhN6Hkhtqfm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SPERONI, K. S. *et al.* Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 7, n. 2, p. 1325-1337, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338>. Acesso em: 24 jan. 2022.

ZERBETO, A. B. *et al.* Capacitação de agentes comunitários de saúde: integração entre universidade e atenção básica. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, Chapecó, v. 11, n. 3, p. 349-359, set./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2020v11i3.11506>. Acesso em: 8 jan. 2022.

Intoxicações por agrotóxicos: capacitando profissionais da Atenção Primária à Saúde para prevenção e diagnóstico

Adriane Karal

Jaqueline Arboit

Mônica Ludwig Weber

Tavana Liege Nagel Lorenzon

Vanesa Nalin Vanassi

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Leila Zanatta

Introdução

O Brasil é um dos maiores consumidores mundiais de agrotóxicos (FREITAS; GARIBOTTI, 2020). Estes são produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos empregados pelos setores de produção, armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas nas pastagens, na proteção de florestas e outros ecossistemas, bem como em ambientes urbanos, hídricos e industriais (BRASIL, 1989). Sua utilização visa provocar mudanças na composição da flora ou fauna para prevenir possíveis danos causados por seres vivos nocivos (BRASIL, 1989).

Os agrotóxicos têm sido considerados um problema de saúde pública, haja vista o número de indivíduos expostos a estes produtos, seja nas próprias fábricas, na agricultura ou em outros setores nos quais são empregados (RIGOTTO; VASCONCELOS; ROCHA, 2014). A utilização inadequada desses produtos

tem como implicações as intoxicações, as quais podem ser agudas ou crônicas (RICHARTZ *et al.*, 2021).

Nesta direção, diversas investigações a nível nacional têm apontado os impactos das intoxicações por agrotóxicos na morbidade e mortalidade da população exposta. Estudo que analisou as tendências das taxas de incidência da intoxicação por agrotóxicos nas regiões brasileiras, no período de 2001 a 2014, com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), identificou que, no país, foram registrados 80.069 casos de intoxicação no período, com tendência de crescimento linear de notificações ao longo dos anos (QUEIROZ *et al.*, 2019).

No que se refere ao estado de Santa Catarina, um estudo que caracterizou o perfil dos indivíduos contaminados por agrotóxicos no estado, de 2007 a 2017, apontou 2.981 casos notificados de intoxicações no período (ALMEIDA; GRILLO; BOSSARDI, 2019). Quanto à mortalidade decorrente das intoxicações por agrotóxicos, uma pesquisa que buscou traçar o perfil epidemiológico dos óbitos decorrentes de intoxicação, ocorridos no Brasil de 2010 a 2015 e registrados pelo Sistema de Informação Sobre Mortalidade, revelou um total de 18.247 óbitos, dos quais 24% foram causados por intoxicação por agrotóxicos. Deste total de óbitos, a maioria ocorreu em homens na faixa etária de 30 a 49 anos, com baixa escolaridade e cuja principal circunstância foi o suicídio (BOCHNER; FREIRE, 2020).

Diante dos dados epidemiológicos alarmantes quanto à intoxicação por agrotóxicos, faz-se necessário pontuar o papel ímpar dos profissionais de saúde que atendem usuários nesta condição. Sabe-se que a intoxicação por agrotóxicos em países em desenvolvimento é um problema considerável, exigindo diagnóstico e tratamento adequados (SIBANI *et al.*, 2017). Estudos apontaram que os profissionais de saúde carecem de habilidades adequadas

para diagnosticar e gerenciar as intoxicações agudas por agrotóxicos (LEKEI *et al.*, 2017; KARAL *et al.*, 2022).

Assim, revela-se que o conhecimento sobre o assunto ainda é insuficiente entre os profissionais de saúde e, desse modo, a capacitação destes é fundamental para um tratamento rápido e confiável em todos os níveis de atenção à saúde, a fim de que os sintomas sejam revertidos e a intoxicação não seja fatal (SIBANI *et al.*, 2017). Ainda, destaca-se que a capacidade limitada de diagnosticar casos de intoxicação leva ao não reconhecimento destes, que são decorrentes da exposição a agrotóxicos, o que contribui para a subnotificação (LEKEI *et al.*, 2017).

Em relação aos profissionais de saúde atuantes, especificamente, na Atenção Primária a Saúde (APS), estes apontam desafios para a definição de diagnósticos dos casos de intoxicações, estabelecendo a associação entre os sintomas apresentados e o uso de agrotóxicos. Tal situação acaba prejudicando a notificação dos casos e a construção de indicadores quanto à problemática e o seu impacto no adoecimento da população (MACHADO *et al.*, 2017).

Destaca-se que a APS constitui a porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços ofertados a partir da RAS. Ademais, a partir da atuação de uma equipe multiprofissional, a APS tem como responsabilidade o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de saúde de indivíduos e coletividades segundo as suas necessidades (BRASIL, 2017). Portanto, no âmbito da APS, ações de diagnóstico, tratamento e prevenção de intoxicações são passíveis de serem desenvolvidas, requerendo, para isso, o conhecimento da equipe multiprofissional, e, para isso, faz-se necessário investir no desenvolvimento de ações de educação permanente com os profissionais de saúde integrantes destas equipes, de modo que estes

estejam aptos para diagnosticar os casos e implementar uma assistência integral frente a esses.

Nesse íterim, é importante destacar que as ações de educação permanente em saúde direcionadas para a formação e desenvolvimento dos profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde estão previstas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esta prevê, dentre outros elementos, a articulação das necessidades dos serviços de saúde e das possibilidades de desenvolvimento dos profissionais (BRASIL, 2009). Considera-se a Educação Permanente em Saúde o processo de aprendizagem que ocorre no trabalho, pautando-se na aprendizagem significativa e nas oportunidades de transformação das práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

Frente ao exposto, o presente capítulo objetiva relatar a experiência de uma capacitação desenvolvida com as equipes de APS de um município do Oeste catarinense, com vistas à prevenção e diagnóstico dos casos de intoxicações agudas por agrotóxicos.

Método

Trata-se de um relato de experiência que descreve o desenvolvimento de uma capacitação, a qual emergiu da percepção de fragilidades, relatadas por profissionais das equipes que compõem a APS de um município do Oeste catarinense, em relação à assistência aos usuários intoxicados por agrotóxicos.

A ação parte de um estudo que foi desenvolvido com profissionais da APS do município de Itapiranga, localizado no Extremo Oeste do Estado de Santa Catarina (SC), com extensão territorial de 281,782 km², segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). Sua população estimada é de 17.139 pessoas (IBGE, 2021), sendo 7.616 residentes no meio

urbano e 7.793 no meio rural (IBGE, 2010). A APS é constituída por cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por uma equipe da Atenção Básica, atuantes na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Entre as justificativas da escolha do local de estudo, está o fato de o município de Itapiranga ter uma economia centrada no setor agropecuário, com destaque para avicultura, bovinocultura de leite, suinocultura, cultivo de milho, fumo e dos mais variados produtos agrícolas (ITAPIRANGA, 2014). A base da geração de empregos está na indústria de transformação, que compreende a agroindústria, abatedouros e derivados, indústrias de móveis, estofados e marcenarias (ITAPIRANGA, 2014). Uma das autoras atua como enfermeira nessa RAS há mais de sete anos e percebeu que existem fragilidades na identificação dos casos de intoxicações por agrotóxicos, resultando no encaminhamento desnecessário para Atenção Terciária à Saúde (ATS).

A capacitação ocorreu com profissionais que prestam assistência aos usuários intoxicados por agrotóxicos e foi desenvolvida com enfermeiros, médicos e técnicos de Enfermagem da APS do município, tendo como critério de inclusão atuar no serviço há, pelo menos, um ano. Dessa forma, participaram 19 profissionais, sendo: seis enfermeiras, cinco médicos (três do sexo feminino e dois do sexo masculino), e oito técnicas de Enfermagem.

Inicialmente, buscou-se identificar as práticas de saúde desenvolvidas na APS frente às intoxicações por agrotóxicos, bem como as fragilidades desse atendimento. Para tanto, foram aplicadas entrevistas coletivas, com seis questões semiestruturadas como disparadoras dos diálogos. Previamente, entrevistas foram realizadas com as equipes. Durante as entrevistas, os profissionais manifestaram a necessidade de capacitações sobre a temática envolvendo agrotóxicos. Com vistas a atender essa demanda, organizou-se, em parceria com a coordenação de Atenção Básica, uma capacitação intitulada “Agrotóxicos

e intoxicações”, vinculada ao programa de Educação Permanente em Saúde (EPS) do município, e, a pedido da coordenação de Atenção Básica, o convite foi estendido para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe de vigilância epidemiológica e sanitária e profissionais da Secretaria de Agricultura e Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (Epagri).

A capacitação ocorreu no mês de dezembro de 2018, sendo realizada na câmara de vereadores do município, no período vespertino.

Resultados e discussão

As entrevistas realizadas com os profissionais da APS do município suscitaram a necessidade de capacitações e produção de materiais informativos abordando a temática dos agrotóxicos, pois muitos profissionais relataram que o único conhecimento que possuíam sobre o tema era o que lhes foi apresentado há alguns anos, durante a graduação. Nesse sentido, para que as equipes estejam aptas a identificar casos de intoxicação, bem como a desenvolver educação permanente em saúde voltada à prevenção dos quadros de intoxicação, é fundamental que os profissionais atualizem seus conhecimentos, identifiquem o perfil populacional e as necessidades do seu território de atuação.

Estudo aponta que trabalhadores rurais nunca haviam recebido orientação sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e as esposas dos trabalhadores realizavam a lavagem das roupas contaminadas juntamente com as roupas de uso do cotidiano. Outro fator preocupante é a baixa adesão ao uso dos EPIs por parte dos agricultores em contato direto com os agrotóxicos, mesmo que aproximadamente 90% utilizassem produtos extremamente tóxicos, o que pode estar relacionado à baixa escolaridade, à classe socioeconômica, à falta de leitura dos rótulos e ao suporte técnico (BRONDANI *et al.*, 2020).

Outra pesquisa evidenciou o despreparo das equipes no atendimento, em especial na identificação dos casos de intoxicações agudas por agrotóxicos, bem como na orientação aos usuários que trabalham com esses produtos químicos para evitar acidentes dessa natureza. Entende-se que, quanto mais capacitados e instrumentalizados os profissionais, maior a efetividade do trabalho desenvolvido e maior a redução de agravos. Quando às ações realizadas para a população, elas são direcionadas, especificamente, às suas necessidades, estas são mais resolutivas (WHO, 2018).

Ainda, durante as entrevistas coletivas, os profissionais manifestaram a necessidade de conhecer os principais agrotóxicos utilizados no município como forma de auxiliar suas condutas. Desse modo, realizou-se uma análise do controle de estoque das três empresas com venda autorizada no município, fornecido pela Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina (CIDASC). Com base nessa análise, elaborou-se um instrumento denominado “painel de rótulos” com os principais agrotóxicos comercializados no segundo semestre de 2017 e no primeiro semestre de 2018, e sua respectiva classificação de risco foi realizada através de cores padronizadas pelo Ministério da Saúde (MS), além dos possíveis sinais e sintomas. Esse instrumento foi apresentado na capacitação e disponibilizado em cada unidade de saúde.

Os casos de intoxicação por agrotóxicos têm crescido de forma significativa no Brasil, revelando um problema notável quanto ao emprego e disseminação de tais produtos. Estudo revela que as maiores taxas de intoxicação foram registradas nas regiões Sul e Centro-Oeste (QUEIROZ *et al.*, 2019). Ao encontro com outras investigações, houve predomínio de intoxicações em homens adultos com baixa escolaridade, tendo como principais circunstâncias intoxicações acidentais (37,5%), seguida da tentativa de suicídio (36,5%). A maioria das notificações estão relacionadas ao agrotóxico de uso agrícola (ALMEIDA; GRILLO; BOSSARDI, 2019).

No Estado de Santa Catarina, segundo informativo da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos, as notificações no SINAN de intoxicação exógena por agrotóxicos no ano de 2021 somaram 436 casos, apresentando uma taxa de 52,75% de notificação confirmada por manifestação de sintomas ou exames laboratoriais. No estado, o trabalhador do campo integra o grupo de maior vulnerabilidade em relação à exposição aos agrotóxicos, sendo o agrotóxico de uso agrícola (77,8%) o principal responsável pelas intoxicações, com destaque para a pulverização (43,2%). A Macrorregião de Saúde do Grande Oeste (36%) apresenta maior número de casos relacionados ao trabalho. A taxa de letalidade no estado é igual a 3,5 (nº de óbitos / casos confirmados x 100) e a taxa de mortalidade, 0,11 (nº de óbitos / população exposta x 100000) (VSPEA-SC, 2022).

Não obstante, faz-se necessário abordar a subnotificação das intoxicações por agrotóxicos. Esta caracteriza-se como um problema multifatorial e complexo, presente em todo o Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2020), que impõe obstáculos para a compreensão da realidade de tais intoxicações e consequente criação e instituição de políticas públicas de saúde (TOSETTO; ANDRIOLI; CHRISTOFFOLI, 2021).

Dentre as causas da subnotificação dos casos, aponta-se a baixa procura dos trabalhadores pelo serviço de saúde; insuficiência na capacitação profissional; ausência de abordagem do tema “intoxicações” nos cursos da área da saúde; déficit de profissionais e sobrecarga dos serviços; e o tempo dispendido para o preenchimento da ficha de notificação (TOSETTO; ANDRIOLI; CHRISTOFFOLI, 2021).

Para uma vigilância eficaz da intoxicação aguda por agrotóxicos, faz-se necessário incluir treinamento acerca dos perigos, classificação, diagnóstico e efeitos para a saúde nos programas de treinamento para todos os profissionais de saúde (LEKEI *et al.*, 2017). Assim, estes profissionais estarão qualificados para o diagnóstico e para a notificação dos casos (LEKEI *et al.*, 2017).

Frente ao exposto, a realização da capacitação mostrou-se a estratégia mais adequada como resposta às necessidades identificadas. Promover o conhecimento por meio de encontros participativos facilita o desenvolvimento de estratégias de cuidado e de educação permanente, além de permitir a identificação das necessidades e ações adequadas à população (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Com vistas a atender essa demanda, organizou-se, em parceria com a coordenação da Atenção Básica, uma capacitação vinculada ao programa de Educação Permanente em Saúde (EPS) do município. A capacitação foi intitulada “Atendimento multiprofissional para os casos de intoxicação aguda por agrotóxicos na Atenção Primária à Saúde”.

O encontro aconteceu na câmara de vereadores do município e, apesar de nem todos os profissionais poderem participar devido às demandas dos serviços, houve participação de, aproximadamente, cinquenta profissionais.

A capacitação teve duração de uma hora, sendo utilizado o método discursivo, com espaços para contribuições e questionamentos dos participantes. Optou-se pela utilização de slides, elaborados no programa Microsoft Power Point, para facilitar a discussão de dados apresentados em imagens.

Inicialmente, a enfermeira responsável por conduzir a capacitação abordou a problemática envolvendo os agrotóxicos no município. Apresentou as justificativas que a levaram a pesquisar sobre a temática, como a falta de notificação compulsória de intoxicação por agrotóxico nos últimos quatro anos e a necessidade de capacitar equipes para a identificação e o direcionamento do paciente para o serviço adequado, como forma de garantir resolutividade e qualidade.

Durante a capacitação, foram abordados conceitos como o de agrotóxico e intoxicações e foi realizada breve contextualização histórica e da situação do município nesse contexto. Trata-se de um município do Extremo Oeste de

Santa Catarina que tem por base econômica a agricultura e mais da metade de sua população reside em meio rural. Foram apresentadas as classificações dos agrotóxicos, quanto à ação, toxicidade aguda e crônica, sinais e sintomas, importância do uso correto de todos os EPIs preconizados, principais exames laboratoriais e conduta dos profissionais da APS diante da suspeita ou da confirmação de casos, além da importância da notificação compulsória.

A enfermeira relatou sobre a importância da parceria entre diferentes setores para a elaboração de ferramentas que facilitem o acesso às orientações sobre os agrotóxicos. Apresentou um quadro denominado “painel de rótulos”, elaborado a partir de informações fornecidas pela CIDASC, que apresentam os principais agrotóxicos comercializados no município no segundo semestre de 2017 e primeiro semestre de 2018, e possíveis sinais e sintomas causados pela intoxicação. Ainda, o quadro apresenta a classificação toxicológica dos produtos através de diferentes cores, padronizadas conforme o MS. Os participantes mostraram-se surpresos com o alto número de agrotóxicos utilizados no município e seu grau de toxicidade. Nesse momento, a enfermeira enfatizou a importância de realizar ações de prevenção e de as equipes estarem capacitadas para identificar adequadamente casos suspeitos ou confirmados de intoxicação por agrotóxicos.

Estudo desenvolvido em Uganda, visando descrever como a capacitação de profissionais de saúde afetou sua capacidade de diagnosticar e gerenciar intoxicações agudas por agrotóxicos, revelou que os profissionais que participaram da capacitação obtiveram pontuações mais altas em conhecimento sobre toxicidade dos agrotóxicos e manejo da intoxicação aguda. Desse modo, conclui-se que a qualificação dos profissionais de saúde leva mais conhecimento e melhor manuseio a respeito da questão da intoxicação (SIBANI *et al.*, 2017).

Ao final da capacitação, os participantes dialogaram sobre suas experiências e o quanto consideram importantes as capacitações em saúde para melhorar os

atendimentos aos usuários que chegam com sinais e sintomas de intoxicação por agrotóxicos. Principalmente por se tratar de um assunto que, segundo os profissionais, a maioria estudou apenas na graduação, sendo este um *feedback* positivo sobre a capacitação.

Ainda, como forma de disseminar informações para a comunidade, desenvolveu-se um *folder* intitulado “Agrotóxicos e Saúde Humana: Riscos e Cuidados” (Figura 1). O *folder* traz informações de forma clara, objetiva e com linguagem de fácil compreensão para apresentar os principais sintomas observados nas intoxicações agudas, EPIs que previnem as intoxicações, vias de entrada do agrotóxico no organismo humano, bem como primeiros socorros e contato do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC). As tecnologias educativas, tais como *folders*, cartilhas, jogos, folhetos, entre outras, têm servido como importante instrumento de apoio aos profissionais de saúde da APS, especialmente do enfermeiro, na realização de educação em saúde (SALBEGO *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o *folder* é um instrumento simples, de baixo custo, e facilitador do (auto)aprendizado, além de permitir a autonomia dos diferentes sujeitos (SALBEGO *et al.*, 2018; SALDAN *et al.*, 2017). Constatada a necessidade de se produzir atividades/tecnologias educacionais promotoras de educação em saúde entre a população em contato com agrotóxicos, o *folder* produzido visa fortalecer conhecimentos básicos e oferecer orientações específicas relacionadas aos agrotóxicos à população.

Figura 1 – Folder: “Agrotóxicos e Saúde Humana: Riscos e Cuidados”

**PRIMEIROS SOCORROS
EM CASOS DE
INTOXICAÇÃO**

Se ingerir: não provoque vômito.

Contato com olhos: lave com água corrente em abundância.

Pele: retire as roupas contaminadas e lave com água corrente e sabão em abundância.

Inalação: procure local arejado.

IMPORTANTE: em caso de suspeita de intoxicação procure assistência na unidade de saúde mais próxima e lembre-se de levar a embalagem, rótulo ou bula do produto.

Em caso de dúvidas entre em contato com o CIATOX-SC.

0800 643 5252
Ligação Gratuita | Plantão 24h







Produzido por: mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Adriano Karal; acadêmicos do grupo de pesquisa "Ambiente, desenvolvimento e saúde humana": Ana Paula Dall Bello, Denisse Regina Carraro, Kéuri Zamban Branchi; professores: Arnildo Korb, Leila Zanatta.

Telefone: (49) 985015625



AGROTÓXICOS E SAÚDE HUMANA

RISCOS E CUIDADOS





Mas afinal o que são agrotóxicos?

São produtos utilizados na agricultura, indústrias e ambientes urbanos para combater pragas.

Agrotóxicos são venenos! podem causar adoecimentos e mortes.

Os agrotóxicos são classificados em diferentes cores que indicam o perigo que podem causar à saúde.

Classe I	Extremamente Tóxico	Vermelha
Classe II	Altamente Tóxico	Amarela
Classe III	Medianamente Tóxico	Azul
Classe IV	Pouco Tóxico	Verde

Após contato inadequado o produto é absorvido e causa diversas manifestações, leves, moderadas ou graves até a morte.

Vias de absorção:

-  Pele
-  Nariz
-  Olhos
-  Boca

FIQUE ATENTO AOS SINAIS E SINTOMAS!!!

dor de cabeça	tontura	falta de ar
náuseas	vômito	dor abdominal
suor excessivo	dormência de partes do corpo	reações alérgicas

Para evitar casos de intoxicação por agrotóxicos use sempre os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):

EPI



Fonte: Karal ([s.d.]).

Considerações finais

Conclui-se que espaços de educação permanente em saúde contribuem para o conhecimento, para a tomada de decisão e para o posicionamento crítico-reflexivo dos profissionais acerca da prevenção e do diagnóstico dos casos de intoxicações agudas por agrotóxicos. O contínuo processo de aperfeiçoamento sobre as intoxicações por agrotóxicos é necessário para qualificar os profissionais da APS na assistência ao usuário intoxicado por esse tipo de produto. Ainda, proporciona um espaço de troca de saberes que permite repensar a prática, contribuindo, dessa forma, com a organização dos serviços prestados aos usuários nesse nível de atenção à saúde, com vistas à resolutividade e à qualidade dos atendimentos.

A capacitação em saúde e a produção do material informativo impresso constituem-se como meios de facilitar a identificação dos casos de intoxicação e de disseminar informações relevantes sobre a temática que envolve agrotóxicos, e não apenas para os profissionais da RAS, mas para a população geral.

Referências

ALMEIDA, A. K.; GRILLO, L. P.; BOSSARDI, C. N. Perfil de intoxicações por agrotóxicos em Santa Catarina no período de 2007 a 2017. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP**, Caçador, v. 9, n. 2, p. 175-192, jul. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1588/1064>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BOCHNER, R.; FREIRE, M. M. Análise dos óbitos decorrentes de intoxicação ocorridos no Brasil de 2010 a 2015 com base no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 761-772, fev. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Rd9Rj5YhWF TKCkfCxx9nqqk/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. **Lei n. 7.802, de 11 de julho de 1989.** Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7802.htm. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 8 jan. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=de%202017%2C%20resolve%3A%2C%20Art.,de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20%2D%20RAS. Acesso em: 8 jan. 2022.

BRONDANI, V. D. F. *et al.* Agrotóxicos e saúde de trabalhadores rurais: tendências da produção científica no Brasil. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 9, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/8258/7234/115819>. Acesso em: 8 jan. 2022.

FREITAS, A. B.; GARIBOTTI, V. Caracterização das notificações de intoxicações exógenas por agrotóxicos no Rio Grande do Sul, 2011-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/xy36tRPCVfRHkYpSJBHg9GS/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações completas.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/itapiranga/panorama>. Acesso em: 20 jan. 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações completas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/itapiranga/panorama>. Acesso em: 20 jan. 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações completas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/itapiranga/panorama>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ITAPIRANGA (Prefeitura Municipal). **Portal do Cidadão**. Economia. Itapiranga, SC: Prefeitura Municipal, 2014. Disponível em: <https://itapiranga.atende.net/cidadao/pagina/economia/>. Acesso em: 28 jan. 2022.

KARAL, A. **Agrotóxicos e saúde humana: riscos e cuidados**. [s.d.]. Cartilha. Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/1311/folder_14_05_16433967706782_1311.pdf. Acesso em: 21 maio 2022.

KARAL, A. *et al.* Fluxograma multiprofissional para atendimento de intoxicações agudas por agrotóxicos na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/tMpYNm8kMW8QNNRbM9RQrnc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2022.

LEKEI, E. *et al.* Knowledge and practices relating to acute Pesticide poisoning among Health Care Providers in Selected Regions of Tanzania. **Environmental Health Insights**, Auckland, v. 11, p. 1-11, Feb. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28469444/>. Acesso em: 21 maio 2022.

MACHADO, L. M. *et al.* Atuação dos profissionais de saúde da família frente ao trabalhador rural exposto a agrotóxicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 1-8, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37051>. Acesso em: 13 mar. 2022.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 113-117, 2015. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000300113&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2022.

QUEIROZ, P. R. *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação e as intoxicações humanas por agrotóxicos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/V58bNfLxNXqZHgqz4zh5PsF/?lang=pt#:~:text=No%20Brasil%2C%20foram%20registrados%2080.069,as%20maiores%20taxas%20de%20intoxica%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 13 mar. 2022.

RIBEIRO, P. C. S. *et al.* Caracterização dos casos notificados e confirmados de intoxicação exógena por agrotóxicos no estado da Bahia no período de 2007 a 2017. **Revista Saúde.com**, Vitória da Conquista, v. 16, n. 1, p. 1701-1709, 2020. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/5782#:~:text=No%20per%C3%ADodo%20analisado%20foram%20identificados,a%20que%20mais%20notificou%20casos>. Acesso 13 mar. 2022.

RICHARTZ, A. *et al.* Percepção de uma população rural sobre o uso de agrotóxicos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1179-1185, jan./dez. 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9233/10174>. Acesso em: 13 mar. 2022.

RIGOTTO, R. M.; VASCONCELOS, D. P.; ROCHA, M. M. Uso de agrotóxicos no Brasil e problemas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1-3, jul. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7ZdQTpMhCT5n6Gvv9ZHKnqK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

SALBEGO, C. *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito emergente da práxis de enfermeiros em contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, Suppl. 6, p. 2825-2833, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zPJy9NvkcdJv9Jr7ZKhNQs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

SALDAN, G. G. *et al.* Construção de tecnologia educativa para cuidado domiciliar após acidente vascular encefálico: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1784-1793, abr. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15251>. Acesso em: 13 jan. 2022.

SIBANI, C. *et al.* Effects of teaching health care workers on diagnosis and treatment of pesticide poisonings in Uganda. **Environmental Health Insights**, Auckland, v. 11, p. 1-12, Aug. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5580847/>. Acesso em: 24 jan. 2022.

TOSETTO, E. E.; ANDRIOLI, A. I.; CHRISTOFFOLI, P. I. Análises das causas das subnotificações das intoxicações por agrotóxicos na rede de saúde em município do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 6037-6047, dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vyzXRt99vMVVqxMhKw6myPB/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2022.

VSPEA-SC – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos de Santa Catarina. **Informativo 1º**. Florianópolis, abr. 2022. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/saude-ambiental/vspea-vigilancia-em-saude-de-populacoes-expostas-a-agrotoxicos>. Acesso em: 17 maio 2022.

WHO – World Health Organization. **Guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 maio 2022.

Práticas Integrativas e Complementares realizadas por enfermeiros da Atenção Primária em Saúde Mental

Carine Vendruscolo
Danubia Marcelina Candido Guinzelli
Andrea Noeremberg Guimarães
Kátia Jamile da Silva
Aline Lemes de Souza
Bruna Pedroso Oliveira

Introdução

É possível identificar o crescimento do uso das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no que diz respeito às vias de serviço público de saúde. Essa tecnologia favorece o vínculo terapêutico e o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, ainda conta com obstáculos, como a falta de profissionais capacitados e de espaço físico adequado para seu desenvolvimento, além de investimentos insuficientes, o que vai ao encontro da lógica do modelo biomédico, predominante na área da saúde (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

As PIC contribuem para a promoção da autonomia dos pacientes ao contribuírem para a ampliação do leque de terapêuticas ofertadas. Elas possibilitam escolha, aumentam a corresponsabilização do sujeito por sua saúde, qualificam a relação profissional-paciente, promovem conhecimentos sobre fatores que

influenciam o estilo de vida e os saberes relacionados ao autocuidado, entre outras finalidades (PEREIRA, 2016). No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), orientada para o Sistema Único de Saúde (SUS), foi aprovada em 2006 e ampliada em 2017 e 2018. O documento incentiva o conhecimento, a formação e a divulgação dessas práticas nos serviços de saúde, especialmente na APS (GONTIJO; NUNES, 2017; FERRAZ *et al.*, 2020). Assim, a PNPIC promove a oferta diversificada de propostas terapêuticas no SUS, eleva o poder de escolha do paciente e a sua participação na implantação, avaliação e monitoramento dos serviços ofertados, o que vai ao encontro do controle social (FERRAZ *et al.*, 2020).

Embora as PIC venham sendo valorizadas na ciência e nos sistemas de saúde, esse processo é lento e elas são exercidas, principalmente, por médicos de família e comunidade, apesar de outros profissionais das equipes de APS ou terapeutas dessas práticas poderem praticá-las, desde que obtenham formação específica, dentre os quais, as enfermeiras (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Recentemente, um curso de auriculoterapia foi financiado pelo MS e oferecido a profissionais da Atenção Primária à Saúde e dos Núcleos Ampliados da Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), capacitando mais de nove mil profissionais, em sua maioria, enfermeiras da ESF, e, também, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos e dentistas. Após dois anos de oferta do curso, aproximadamente $\frac{3}{4}$ dos egressos referiram ter iniciado a prática da auriculoterapia e terem obtido bons ou ótimos resultados clínicos e boa ou ótima aceitação (TESSER *et al.*, 2019).

Paralelo a isso, no contexto da APS, o atendimento ao paciente da área da saúde mental tem passado por inúmeras mudanças, as quais se iniciaram com os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica. Melhorias têm sido pensadas, por exemplo, por meio da criação das Redes de Atenção à Saúde, dentre elas, a Rede

de Atenção Psicossocial, na qual se destacam os Centros de Atenção Psicossocial e a própria Estratégia Saúde da Família (ESF), cujos profissionais devem trabalhar de forma colaborativa para qualificar a assistência (PERES *et al.*, 2018).

O maior desafio para a implementação do Modelo de Atenção Psicossocial, também, está na necessidade de capacitação dos profissionais, na falta de contato entre os serviços de saúde, na dificuldade de trabalhar em rede e de maneira interprofissional (PERES *et al.*, 2018; FARIAS *et al.*, 2018).

A Enfermagem, como ciência de natureza humanística, pode encontrar nessas práticas novos modos de acolher às demandas dos usuários, haja vista que ambas as ciências, tanto a Enfermagem quanto as PIC, têm como foco o indivíduo e suas interações com o meio natural em que vive, com base no processo holístico de atenção ao ser humano em sua totalidade (AZEVEDO *et al.*, 2019). Desse modo, nos estudos realizados e em outras regulamentações, o Conselho Federal de Enfermagem reafirmou a Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares como especialidade da profissão, assegurando respaldo para sua realização (LOWEN *et al.*, 2017). Nesse sentido, considerando a Enfermagem como parte da equipe generalista e multiprofissional no âmbito da APS brasileira, ou seja, das equipes da Saúde da Família, é preciso voltar o olhar a essa categoria, visto que se trata de um profissional que atua no cuidado, na gestão e na educação em saúde e que, nesse contexto, precisa desenvolver habilidades para a atenção à saúde dos pacientes da saúde mental (WEBER *et al.*, 2020).

A partir destas reflexões e perspectivas, a questão que orientou o presente estudo foi: como as enfermeiras da ESF orientam o cuidado em saúde mental, mediante a utilização de PIC? A pesquisa teve como objetivo analisar as Práticas Integrativas e Complementares aplicadas por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde mental.

Material e métodos

Trata-se de estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa teve como cenário a Estratégia Saúde da Família de dois municípios situados na região Oeste de Santa Catarina. Optou-se por esses municípios pelo fato de serem ambos pertencentes à Macrorregião Oeste do estado, sendo um de grande porte (183.530 habitantes) e outro de pequeno porte (16.169 habitantes), apresentando duas realidades de funcionamento da rede assistencial, o que revela possíveis particularidades no que se refere à atuação da Enfermagem no âmbito da saúde mental.

Foram entrevistadas enfermeiras que atuavam na APS em diferentes equipes da ESF dos municípios, de acordo com a disponibilidade de terapias complementares no serviço. Como critérios de inclusão, têm-se: enfermeiros(as) que atuassem na ESF do município de referência há, pelo menos, seis meses, e foram excluídos profissionais que estavam de férias ou afastados por qualquer motivo. Participaram oito enfermeiras, todas mulheres, sendo seis do município de grande porte e duas do município menor.

A produção e registro das informações ocorreram entre fevereiro e junho de 2019, com base em um instrumento de pesquisa criado dentro do macroprojeto intitulado “Cuidado e Gestão em Enfermagem como saberes na Rede de Atenção à Saúde: proposições para as melhores práticas”, desenvolvido pelo Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho da Universidade do Estado de Santa Catarina. Deste instrumento, foram utilizadas duas questões, basicamente, indagando as participantes sobre as Práticas Integrativas e Complementares e, também, sobre a utilização dessas práticas no âmbito da saúde mental.

Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas nas Unidades Básicas e Centros de Saúde mediante agendamento prévio, com duração média de 30 minutos. Antes da produção das informações, foi apresentado o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e, após isso, as entrevistas foram gravadas e transcritas.

A interpretação das informações foi realizada a partir da Análise Temática (MINAYO, 2012). Na primeira etapa, pré-análise, aconteceu a escolha dos documentos a serem analisados. Essa primeira fase pode ser dividida em três partes: leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. A segunda etapa contemplou a exploração do material transcrito, que foi do que constituiu a primeira codificação, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na terceira etapa, de tratamento dos resultados obtidos e da interpretação, procedeu-se com o recorte do texto em unidades de registro, das quais emergiram as seguintes categorias: práticas integrativas no cuidado de Enfermagem em saúde mental e práticas integrativas na gestão em Enfermagem em saúde mental.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina sob os números 2.380.748/2017 e CAEE 79506717.6.0000.0118. As identidades foram preservadas utilizando-se codinomes que representam nomes de flores, uma vez que a pesquisa foi respondida exclusivamente por enfermeiras mulheres.

Resultados

A amostra desse estudo caracterizou-se por oito enfermeiras, profissionais das Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde da Família, como são referidos os serviços, respectivamente, nos municípios de pequeno e grande porte. A Tabela 1 traz descrições sobre o perfil das participantes: idade, tempo de formação, tempo de atuação na APS.

Tabela 1 – Perfil das enfermeiras, Santa Catarina, Brasil, 2021

Codinome	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Tempo de atuação da atenção primária (anos)
Rosa	40	14	5
Violeta	35	6	4
Tulipa	35	2	0,5
Lírio	48	16	16
Azaleia	36	8	5
Orquídea	36	13	13
Camélia	36	10	10
Hortênsia	31	9	8

Fonte: elaboração dos autores.

Em relação à formação, 25,0% das entrevistadas possuem três cursos de pós-graduação; 37,5%, dois cursos; 12,5%, um curso e 25,0%, nenhum curso de pós-graduação ou especialização. Nenhum destes cursos é diretamente relacionado às Práticas Integrativas e Complementares. As formações citadas pelas entrevistadas revelam pós-graduações em: neonatologia, Enfermagem do trabalho, saúde da família, atenção primária, obstetrícia, urgência e emergência, mestrado em Enfermagem e em gestão.

Práticas integrativas no cuidado de Enfermagem em saúde mental

As participantes revelaram suas impressões sobre a utilização das PIC nos usuários em sofrimento mental atendidos. Para elas, há uma boa aceitação dessas práticas, pois são complementares, em harmonia ao tratamento convencional e auxiliam na comunicação, bem como no alívio do sofrimento:

Os pacientes gostam bastante das práticas integrativas, elas vêm no intuito de colaborar com a medicina tradicional [...] muito mais do que a ação, é a própria questão da troca de informação com o paciente, conseguir tirar informações e conversar. (Violeta).

Eu acho que complementa com o trabalho de todos os profissionais e principalmente, não é que ele [tratamento com Práticas Integrativas] norteia, mas ele dá um alívio de imediato para o paciente, eu uso muito quando converso com eles. (Azaleia).

Trata-se de uma possibilidade de envolver o usuário no seu autocuidado, afastando-se da medicalização excessiva e oferecendo uma oportunidade de cuidado menos invasiva e que, também, contribui com um novo olhar sobre o cuidado de Enfermagem, o qual demanda mais atenção para sofrimentos de ordem emocional:

Elas [Práticas Integrativas] são muito benéficas, os pacientes que faziam acompanhamento em auriculoterapia diminuíram a procura à unidade, [é um método] resolutivo. (Rosa).

Ela [Prática Integrativa] é super importante, uma forma, um outro olhar, uma renovação do cuidado, porque é uma alternativa do cuidado bem positiva e não fica só na questão medicamentosa. Ela te dá um suporte maior, te abre um leque de possibilidades que [...] contribui. (Tulipa).

Por outro lado, é possível identificar que há resistência de algumas das enfermeiras com relação às PIC. Elas demonstram certo preconceito e, até mesmo, adesão ao modelo biomédico, culturalmente aceito pelos indivíduos que procuram a Unidade Básica de Saúde em busca de medicação. Para elas, a medicalização consiste em uma prática muito disseminada na Atenção Primária à Saúde, dificultando a alternância com outras terapias:

Uma aurículo vai substituir um caminhão de medicação? Que já são viciados em medicação, tanto que o paciente psiquiátrico ele vai até a Enfermagem buscar medicação. (Lírio).

Eu não acredito muito que elas sejam de fato efetivas, porque para elas serem efetivas tem que partir do zero, e colocando aqui ‘tu vai pegar o bonde andando’, já vai pegar uma galera totalmente dependente da medicação e ai, de repente, tu tirar e passar por cima [...] não vai ter muito resultado. (Camélia).

Esta categoria evidenciou que há enfermeiras adeptas e outras nem tanto à utilização das PIC. Porém, parte das entrevistadas concorda sobre essa possibilidade de terapia, pois consideram que ela funciona como alívio para o sofrimento psíquico e como inovação no cuidado de Enfermagem.

Práticas integrativas na gestão em Enfermagem em saúde mental

Ao externarem sua opinião sobre as práticas de gestão em saúde mental na APS, as enfermeiras enfatizam a relevância do encaminhamento dos pacientes para os Centros de Atenção Psicossocial, hospital, psiquiatra ou psicólogo do Nasf-AB, e, também, para terapias em grupo, evidenciando como funcionam, nas Redes de Atenção Psicossocial, os fluxos entre os diferentes pontos de atenção:

Tenho um [usuário] recente aqui, fiz encaminhamento para psicóloga, [...] e vou entrar em contato com a psicóloga do Núcleo Ampliado para discutir o caso e ver que encaminhamento a gente pode dar, se vai encaminhar para o Centro de Atenção Psicossocial. (Orquídea).

Tem encaminhamentos para grupo ou para atendimento individual, conforme a necessidade. (Tulipa).

Os casos de saúde mental que chegam, a gente discute em equipe e encaminha para Centro de Atenção Psicossocial, internação em hospital, médico,

psicóloga. Alguns casos acompanhamos mais de perto, esse trabalho é feito mais pelo Centro de Atenção Psicossocial, mas na Atenção Primária tem alguns casos da Estratégia Saúde da Família que a gente acompanha mais de perto, que são alguns casos mais complicados. (Hortênsia).

Há poucos profissionais, sobretudo enfermeiros, capacitados para realizar as PIC. As enfermeiras alegam que não se sentem suficientemente capacitadas para realizá-las nas Unidades. A falta de profissionais capacitados, segundo elas, impacta na oferta das Práticas Integrativas, apesar de compreenderem a sua importância para a resolubilidade na APS, tornando-se um desafio para a gestão em saúde:

São excelentes, só não faço porque não fiz o curso de aurículo. No momento não temos profissional capacitado [...] As terapias, práticas complementares eu sinto falta de mais capacitação, tiveram cursos, mas ultimamente não teve mais, se eu quisesse fazer eu teria que investir, investimento próprio... A gente até consegue encaminhar alguns pra fazer terapia complementar. (Orquídea).

A única que a gente tinha era a Auriculoterapia como prática integrativa e era o enfermeiro que fazia, daí esse enfermeiro foi remanejado pra secretaria de saúde, aí a fisioterapeuta assumiu esses pacientes, e faz um mês mais ou menos que a fisioterapeuta pediu exoneração, agora não temos mais prática integrativa nenhuma. (Rosa).

As Práticas Integrativas? Sim, nós nos envolvemos, saiu até agora uma profissional que fazia, mas a gente tem outros profissionais que acabam mantendo essas Práticas na Unidade, como a Auriculoterapia, mas antes era feita até a Acupuntura, o Reiki. (Violeta).

Os discursos das entrevistadas, desde a graduação, reforçam aspectos sobre o déficit na formação em saúde mental desde a graduação:

Agora me sinto um pouco melhor, mas no início eu não sabia que era tão importante a saúde mental. Eu tive na graduação muito pouco embasamento teórico e prático em saúde mental, acho que foi muito deficiente minha formação nesse sentido e ao longo dos anos eu fui percebendo que sem saúde mental a gente não consegue atuar nas outras áreas. (Orquídea).

Ainda, reconhecem que há uma cultura voltada para o modelo biomédico, mas que as PIC podem contribuir no processo de desmedicalização e resolubilidade da atenção. Chamam atenção, ainda, para o ideário delas próprias sobre as Práticas Integrativas como possibilidade de “solução” ou melhora para os problemas relacionados à saúde mental:

Ela [Prática Integrativa] te abre possibilidades de poder executar ou mesmo fazer os encaminhamentos para essas áreas, que vem contribuir para o paciente que não fica preso no tratamento medicamentoso. E doenças psicossomáticas são resolvidas mais facilmente com essas práticas integrativas, e daqui a pouco o paciente acaba sendo submetido a uma carga de medicamentos e nem sempre são resolutivos, e as práticas integrativas elas vêm para contribuir nessa questão. (Tulipa).

Essas práticas na saúde mental iam ajudar bastante, como Reiki, Acupuntura, fazer em grupo, Yoga, para esses que tem ansiedade, que vem todo dia no posto [Unidade de Saúde] consultar por mais que sejam carentes. Às vezes tu fazes um grupo que resolveria algumas coisas, que não precisaria tanta medicação. (Hortênsia).

Essa categoria revela um olhar de preocupação das enfermeiras com a resolubilidade da APS e com a necessidade de mudança do modelo assistencial no SUS. Na gestão, elas reconhecem que tomam decisões sobre encaminhamentos dos usuários acometidos por sofrimento psíquico, considerando a possibilidade de trabalhar com outros profissionais da equipe, em colaboração, ao discutir casos mais complexos e partilhar saberes. Outra questão perceptível nos discursos é

quanto à falta de formação/educação permanente da equipe no que diz respeito às Práticas Integrativas.

Discussão

No que diz respeito às limitações do estudo, identifica-se a dificuldade na adesão à pesquisa, haja vista que as enfermeiras estavam em seus locais de trabalho e necessitavam de liberação das suas atividades durante o período de produção das informações. Para estudos futuros, sugere-se a correlação com informações produzidas mediante abordagem de usuários dos serviços, tanto dos que fazem uso de Práticas Integrativas quanto daqueles não contam com essa opção de terapia, a fim de identificar as percepções dos diferentes perfis de pacientes.

A presente pesquisa deve contribuir com a desmedicalização, bem como para o fortalecimento da Atenção Primária, ao nutrir uma nova forma de cuidado, de acesso e resolubilidade aos serviços de saúde.

As enfermeiras reconhecem boa aceitação das PIC – associadas a tratamentos convencionais – por usuários que estão em sofrimento mental. Ainda, destacaram a importância na promoção do autocuidado como uma terapia menos invasiva, que pode proporcionar alívio psíquico.

É comum o uso da medicalização como a única e prioritária forma de tratamento para sentimento de tristeza, sentimentos passageiros, como transtornos, em que todo mal tem seu remédio específico. Mesmo com a Reforma Psiquiátrica, isso é comum e reforça o modelo biomédico e o atendimento com foco na doença e não do ser humano integral (ZANELLA *et al.*, 2016). As Práticas Integrativas e Complementares, quando ofertadas na Atenção Primária à Saúde, apresentam um leque de opções terapêuticas, o que confere várias alternativas para a escolha do usuário, tratando as doenças de forma menos invasiva (TESSER *et al.*, 2019; ZANELLA *et al.*, 2016).

No âmbito assistencial, o cuidado de Enfermagem identifica-se como objeto de intervenção às pessoas com necessidades relacionadas ao processo de viver, com saúde e/ou em adoecimento. Nessa perspectiva, as PIC podem agregar no processo de cuidado, pois demandam um campo de conhecimento da saúde coletiva e da prática clínica-assistencial, destacando-se a possibilidade de fortalecimento dos potenciais de saúde no ciclo vital, e não apenas com foco na superação de doenças (EGRY, 2018). Deste modo, pelo potencial desmedicalizador, as Práticas Integrativas podem ser vistas como uma importante estratégia de assistência (RUELA *et al.*, 2019).

As entrevistadas reconhecem que a gestão em saúde mental na APS depende do serviço especializado, inclusive do Psicólogo do Nasf-AB ou de serviços de apoio, como as terapias de grupo. Dessa forma, ficou evidente que a falta de profissionais capacitados interfere significativamente na oferta das PIC e que há um déficit na formação em saúde mental, desde a graduação.

A Enfermagem, como precursora do cuidado e um dos principais elos entre a APS e os pacientes/usuários, tem encontrado desafios na formação acadêmica e na educação permanente quanto a essas temáticas. Assim, se evidencia a necessidade de desenvolver elementos imprescindíveis a essa formação, como a pesquisa, a extensão e a Prática Baseada em Evidências, o que vai ao encontro do olhar abrangente que a APS requer (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

No intuito de reverter ou amenizar esse e outros problemas que ainda representam desafios para o fortalecimento desse nível de atenção, se considera importante a aproximação entre diferentes disciplinas e competências profissionais em um mesmo setor. Operar em equipe interprofissional significa interagir com áreas/profissionais de diversas formações/núcleos de saber, cujas práticas devem incluir ou envolver um “saber comum” (CECCIM, 2018).

As PIC possibilitam este olhar em equipe multiprofissional, visando à busca pela melhor terapia. Em relação aos processos de educação interprofissional

(FARIAS *et al.*, 2018) e permanente, voltados para essas Práticas, os cursos de formação profissional sobre elas ainda são insuficientes e, em sua maioria, ofertados por instituições privadas, sendo esse um dos grandes desafios de sua implantação no sistema de saúde, especialmente na APS. Ainda, há a necessidade de políticas públicas voltadas para formação profissional em PIC, bem como discussões sobre a sua inserção nos serviços de saúde (KRUG *et al.*, 2016; SHARP *et al.*, 2018).

Entretanto, existem registros de algumas Secretarias Municipais que disponibilizam cursos e capacitações para os profissionais da área da saúde. É possível identificar, também, a sua inserção em universidades públicas e privadas pelo país, ainda que de forma mais despreziosa. Entretanto, essas formações deveriam ser ofertadas para um número mais significativo de estudantes e em mais cursos da área da saúde (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

É possível reconhecer a atuação da Enfermagem na dimensão da gestão em saúde, organizando fluxos e processos interprofissionais e intersetoriais. Ficou evidente, nos discursos das entrevistadas, o trabalho colaborativo com as equipes do Núcleo Ampliado. O cenário ocupado pelo Nasf-AB na Rede é uma ferramenta fértil de intervenção individual e coletiva para a realização da prevenção de doenças e agravos, além da promoção da saúde. Cumpre destacar que a prevenção deve ter critérios para a identificação de usuários e populações em risco de intervenções invasivas e medicalizadoras por meio de uma prática fundamentada na relação e no vínculo entre profissional e usuário, e não em tecnologias mais robustas e custosas que, por vezes, podem apresentar potencial para causar danos à saúde dos indivíduos e à população (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; TESSER *et al.*, 2019).

Cumpre destacar que, apesar da boa aceitação dos usuários em realizar terapias alternativas, ainda há uma cultura voltada para a medicalização. A mercantilização da saúde ainda é um desafio na Atenção Primária, trazendo

limitações para o avanço da prática, que necessita um modelo, de preferência, que divulgue a superação da lógica da medicalização (ZANELLA *et al.*, 2016). Nesse contexto, para parte das entrevistadas, as PIC podem constituir um terreno fértil para estimular a desmedicalização e atuar no sentido de modificar esse modelo medicalizante.

Aligação entre a saúde mental e a medicalização excessiva vem de um histórico de diagnóstico baseado na efetividade ou não do tratamento medicamentoso, acreditando apenas nessa forma de cura. Além disso, o adoecimento é visto como uma oportunidade de comércio, abusando de psicofármaco (ZANELLA *et al.*, 2016). O uso de terapias, tais como grupos, ações colaborativas com o Centro de Atenção Psicossocial e Núcleo Ampliado, pode ocorrer em paralelo à prática biomédica, auxiliando na diminuição de intervenções desnecessárias, com segurança dos usuários e resolubilidade.

Nas últimas décadas, foi possível identificar um aumento na busca de tratamentos alternativos, como as PIC, o que acabou gerando o aumento da demanda, a legitimação social e a regulamentação institucional. A sua expansão tem impactado os profissionais de saúde, gerando o aumento de pesquisas científicas e sua institucionalização, além de agradar o usuário por diversos motivos: fácil acesso, eficácia relativa, insatisfação com a biomedicina e estímulo ao autocuidado (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Outros fatores que motivam a busca pelas PIC são: a mudança do perfil de morbimortalidade, com diminuição de doenças infectocontagiosas e aumento das crônico-degenerativas em alguns países; melhora da expectativa de vida; melhora das relações colaborativas entre profissionais; entre outros (NCCIH, 2015).

Essa prática, também, amplia a concepção de saúde, pois, além da melhora do vínculo profissional-paciente, visa o cuidado centrado no indivíduo em sua integralidade (TESSER, 2018).

Sendo assim, investir e implementar o acesso às PIC na Atenção Primária proporciona ao usuário, além de mais autonomia e opções terapêuticas, a atenção integral e humanizada. No SUS, esta prática atende o que está prescrito nas diretrizes e pode ampliar a resolubilidade mediante assistência a uma demanda da Atenção Primária relacionada à saúde mental.

Cumpra destacar, finalmente, que, diante das medidas de saúde pública que foram determinadas a fim de diminuir a curva de contágio por SARS-CoV-2 durante a recente pandemia COVID-19, em especial cuidados no contexto de distanciamento social, muitas são as ocorrências psicológicas resultantes. Estudos têm sido realizados no sentido de minimizar o estresse causado pelo isolamento, bem como sobre a utilização de PIC para atuar sobre os distúrbios psicológicos gerados pelo contexto da pandemia (BEZERRA *et al.*, 2020; INBAR; SHINAN-ALTMAN, 2020).

Conclusão

As profissionais entenderam as Práticas Integrativas e Complementares como possibilidades de atender as demandas com uma terapêutica menos invasiva e mais acolhedora, que coloca o usuário como protagonista do seu próprio tratamento. Por outro lado, também, é possível identificar certa descrença nessas práticas, principalmente frente à cultura e valorização da medicalização e do modelo biomédico. Na gestão, as práticas na Enfermagem em saúde mental foram reconhecidas como potencial para a resolubilidade da Atenção Primária e, também, como uma possibilidade de mudança no modelo assistencial. As enfermeiras adquiriram autonomia para o tratamento dos usuários em sofrimento psíquico, trabalhando, de forma articulada e colaborativa, com outros profissionais da equipe, o que caracteriza a interprofissionalidade.

Referências

AZEVEDO, C. *et al.* Complementary and integrative therapies in the scope of nursing: legal aspects and academic-assistance panorama. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zCtFNpfgPQpQvKHn9jVJpxD/?lang=en>. Acesso em: 2 jan. 2022.

BEZERRA, D. R. C. *et al.* Use of Integrative and Complementary Practices in the social isolation period of COVID-19 in Brazil. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 11, p. 1-24, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9718/8609>. Acesso em: 13 fev. 2021.

CARVALHO, J. L. S.; NÓBREGA, M. P. S. S. Complementary therapies as resources for mental health in Primary Health Care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/fqh5TRPrRY74rsvBhPGwGsH/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 2 jan. 2022.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 22, Suppl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNs-RHcqsRXLZ7RMxCks/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 jan. 2022.

EGRY, E. Y. A look at Good Nursing Practices in Primary Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 987-988, maio/jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/45J5Gr7y8ncvH8CWtfc74WC/?lang=en>. Acesso em: 2 jan. 2022.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s8LvmxwJSDXWR-NWsqT7JH3b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2022.

FERRAZ, I. S. *et al.* Autonomia do usuário na implementação de Práticas Integrativas Complementares. **Enfermería Actual em Costa Rica**, San José, v. 39, p. 190-201, 2020. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682020000200190&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 maio 2022.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 301-320, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zq6d5V4fFXMVz7n9qsScffG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2022.

INBAR, L.; SHINAN-ALTMAN, S. Emotional reactions and subjective health status during the COVID-19 pandemic in Israel: the mediating role of perceived susceptibility. **Psychology, Health & Medicine**, Abingdon, v. 26, n. 1, p. 75-84, Jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33315513/>. Acesso em: 13 fev. 2021.

KRUG, K. *et al.* Complementary and alternative medicine (CAM) as part of primary health care in Germany-comparison of patients consulting general practitioners and CAM practitioners: a cross-sectional study. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 16, n. 1, p. 1-8, Out. 2016. Disponível em: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-016-1402-8>. Acesso em: 14 nov. 2021.

LOWEN, I. M. V. *et al.* Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 898-903, set./out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FRXZXyX6BFGV9rqrDvk7hLw/?lang=en>. Acesso em: 2 jan. 2022.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/>. Acesso em: 2 jan. 2022.

NCCIH – National Center for Complementary and Integrative Health. **What is Complementary, Alternative or Integrative Health?** Bethesda, 2015. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>. Acesso em: 14 nov. 2021.

PEREIRA, L. F. **Práticas alternativas complementares na Atenção Básica à Saúde:** na direção da autonomia do usuário. 2016. 38 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/168891>. Acesso em: 2 maio 2022.

PERES, G. M. *et al.* Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 27, p. 34-52, nov. 2018. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3384>. Acesso em: 5 maio 2022.

RUELA, L. O. *et al.* Implementation, access and use of integrative and complementary practices in the Unified Health System: literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DQgMHT3WqyFkYNX4rRzX74J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2021.

SHARP, D. *et al.* ‘Trying to put a square peg into a round hole’: a qualitative study of healthcare professionals’ views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 18, n. 1, p. 1-14, Out. 2018. Disponível em: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-018-2349-8>. Acesso em: 14 nov. 2021.

TESSER, C. D. Complementary and alternative medicina and medical rationalities in SUS and in primary health care: strategic possibilities for expansion. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 8, n. 2, p. 216-232, ago. 2018. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/528>. Acesso em: 14 nov. 2021.

TESSER, C. D. *et al.* Auriculotherapy in primary health care: a large-scale educational experience in Brazil. **Journal of Integrative Medicine**, Amsterdam, v. 17, n. 4, p. 302-309, July 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31076373/>. Acesso em: 12 maio 2022.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 174-188, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SY9PZWpk4h9tmQkymtvV87S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2022.

WEBER, M. L. *et al.* Melhores práticas na perspectiva de Enfermeiros da Rede de Atenção à Saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 87-92, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3130>. Acesso em: 2 jan. 2022.

ZANELLA, M. *et al.* Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 1, n. 5, p. 53-62, jun. 2016. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n15/n15a08.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

Síndrome do esgotamento profissional em trabalhadores de um Centro de Atendimento Socioeducativo Provisório

Marta Kolhs

Aline Cviatkovski

Lucimare Ferraz

Melissa Holz

Paloma do Nascimento Joaquim

Introdução

O programa de Internamento Provisório, cenário de estudo desta pesquisa, é de administração direta do Governo Estadual através do Departamento de Administração Socioeducativa, sendo que os Centros de Internação Provisória são constituídos de coordenação, equipe técnica, agentes socioeducativos/educadores social, administrativo e operacional. Entende-se que essa equipe está exposta a vários fatores predisponentes para desgaste profissional, como ambiente fechado/gradeado/chaveado, a rebeldia dos internos, periculosidade frente a alguns internos, superlotação, as situações administrativas gerenciais engessadas, entre outras (DEASE, 2013).

Conforme informações do Departamento de Administração Socioeducativo do Estado de Santa Catarina, os programas de Internamento

Provisório consistem em afastar o adolescente do convívio sociofamiliar antes da sentença em entidade destinada especificamente a este fim pelo prazo máximo de 45 dias. O tempo de permanência do adolescente poderá ser determinada pela Autoridade Judiciária em despacho fundamentado desde que haja indícios suficientes de autoria de materialidade e sua necessidade se demonstre imperiosa (conf. Art. 108/183 da Lei n. 8.069/90).

Os trabalhadores que atuam no programa de Internamento Provisório, frequentemente, relatam desgaste físico e emocional intensificado pelo avanço do estresse e esgotamento energético. Essa situação, em médio e longo prazo, leva o trabalhador que ali atua a desenvolver a Síndrome de Burnout (SB) ou “do Esgotamento Profissional”. A SB trata-se de uma Síndrome Psicológica decorrente da tensão emocional crônica vivenciada pelo trabalhador caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que pode acometer profissionais cujo trabalho requer contato direto com o público (MOSS *et al.*, 2016).

A SB é reconhecida mundialmente como um dos grandes problemas psicossociais que afetam a qualidade de vida de profissionais de diversas áreas, principalmente daquelas que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos, gerando uma importante questão ocupacional e social. Fatores que proporcionam esse estresse prolongado no ambiente de trabalho como escassez de recursos estruturais, conflitos com clientes e colegas, o impedimento de realizar atos por parte da direção superior e metas não alcançadas são alguns motivos que levam ao desenvolvimento da síndrome, pois criam situações que deixam o trabalhador em estado de angústia profissional ou/e pessoal (CHIAVENATO, 2014).

Este capítulo tem por objetivo apresentar um panorama da síndrome do esgotamento profissional em trabalhadores que atuam em um Centro de

Atendimento Socioeducativo Provisório (CASEP), localizado no oeste de Santa Catarina.

Para tanto, foi realizado um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, tendo como público-alvo a equipe multiprofissional do CASEP. A equipe do referido serviço é de quarenta trabalhadores, a saber: trinta agentes socioeducativos; dois assistentes sociais; uma pedagoga; uma coordenadora do serviço; um médico; uma psicóloga e um enfermeiro. Desta pesquisa, participaram 27 trabalhadores, 13 estavam de férias ou licença-saúde.

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário com perguntas sociodemográficas e Inventário de Sintomatologia de Estresse (ISE) de Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2000). O Inventário aborda perguntas referentes a sintomas frequentemente descritos na literatura como pertinentes ao estresse e teve de ser respondido mediante uma escala Likert. O inventário foi transportado para o Google Formulários e foi classificado como uma melhor forma de coleta de dados neste serviço.

O projeto foi apresentado aos trabalhadores do CASEP em reunião de equipe e, após submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (CEP UDESC), sob número 1.719.049, deu-se início à coleta de dados, conforme agenda de escala e disponibilidade dos trabalhadores. O ISE foi respondido numa sala reservada no próprio serviço, onde havia dois computadores com endereço de acesso ao Google Formulários. Em todos os momentos de coletas, as pesquisadoras acompanhavam para esclarecimentos, se necessário.

Os resultados das escalas foram tratados por meio de estatística descritiva, sendo apresentados em tabelas e discutidos a partir do exame de estudos atuais sobre a temática.

Resultados e discussão

O Inventário de Sintomatologia de Estresse, aplicado nos trabalhadores, é dividido em quatro pontos: sintomas e enfrentamentos físicos; sintomas e enfrentamentos comportamentais; sintomas; enfrentamentos defensivos e sintomas psicológicos. Para melhor compreensão, foram organizadas tabelas de acordo com os aspectos do ISE, possibilitando visualizar todos os resultados de forma clara e objetiva.

Sintomas e enfrentamentos físicos

Tabela 1 – Sintomas físicos apontados pelos trabalhadores

Sintomas	Nunca %	Poucas vezes %	Às vezes %	Muitas vezes %	Sempre %
Sinto-me fadigado	3,7	18,5	44,4	25,9	7,4
Sinto-me com dificuldades para dormir	14,8	11,1	48,1	3,7	22,2
Sinto-me com dores musculares ou em tendões, nervos e ligamentos	3,7	25,9	29,6	25,9	14,8
Sinto-me com dores de cabeça ou enxaquecas	7,4	48,1	33,3	7,4	3,7
Sinto-me com gripes ou resfriados	22,2	44,4	18,5	14,8	0
Sinto-me com transtornos cardiovasculares (palpitação, taquicardia e arritmias)	44,4	22,2	22,2	11,1	0
Sinto-me com dificuldades para respirar	40,7	29,6	18,5	7,4	3,7
Sinto-me com dificuldades sexuais	48,1	22,2	25,9	3,7	0
Sinto-me com dor no estômago	37	33,3	18,5	11,1	0
Responda apenas se for do sexo feminino. Sinto-me com alterações na menstruação	37,5	25	37,5	0	0

Fonte: elaboração das autoras.

Tabela 2 – Forma de enfrentamento dos sintomas físicos pelos trabalhadores

Enfrentamento	Nunca %	Poucas vezes %	Às vezes %	Muitas vezes %	Sempre %
Tenho uma alimentação saudável	3,7	11,1	18,5	48,1	18,5
Tomo remédios para dormir	74,1	18,5	7,4	0	0
Durmo oito horas por dia	22,2	11,1	33,3	25,9	7,4
Faço exercícios regularmente	14,8	29,6	18,5	18,5	18,5
Evito estressar-me	3,7	18,5	22,2	33,3	22,2
Vou ao médico com frequência	11,1	48,1	14,8	3,7	22,2
Faço exames de rotina conforme orientações do médico	11,1	29,6	14,8	11,1	33,3
Tenho um relacionamento saudável com as pessoas que me cercam	0	7,4	18,5	33,3	40,7

Fonte: elaboração das autoras.

Sintomas e enfrentamento comportamentais

Tabela 3 – Sintomas comportamentais apontados pelos trabalhadores

Sintomas	Nunca %	Poucas vezes %	Às vezes %	Muitas vezes %	Sempre %
Sinto-me negligente	48,1	33,3	14,8	3,7	0
Sinto-me irritado	11,1	18,5	33,3	29,6	7,4
Sinto-me agressivo	33,3	22,2	22,2	18,5	3,7
Sinto-me que tenho dificuldades em relaxar	14,8	14,8	37	25,9	7,4

Sinto-me com dificuldades em aceitar mudanças	22,2	29,6	25,9	11,1	11,1
Sinto-me com pouca iniciativa	33,3	37	18,5	11,1	0
Sinto-me com necessidade de ingerir bebidas alcoólicas	63	22,2	11,1	3,7	0
Sinto-me com necessidade de fumar	85,2	3,7	3,7	3,7	3,7
Sinto-me com necessidade de consumir drogas ilícitas	100	0	0	0	0
Sinto-me que meu comportamento é perigoso	63	25,9	7,4	3,7	0
Sinto-me com vontade de me suicidar	92,6	3,7	3,7	0	0

Fonte: elaboração das autoras.

Tabela 4 – Enfrentamento dos sintomas comportamentais pelos trabalhadores

Enfrentamento	Nunca %	Poucas vezes %	Às vezes %	Muitas vezes %	Sempre %
Procuro ser calmo e entender o lado das pessoas	0	3,7	18,5	48,1	29,6
Tento resolver os problemas antes de ser agressivo	0	3,7	14,8	33,3	48,1
Tenho momentos de lazer	0	25,9	33,3	22,2	18,5
Sou aberto a mudanças	0	3,7	25,9	37	33,3
Tomo iniciativa frente às decisões	3,7	11,1	25,9	33,3	25,9
Faço terapia ou consulto psicólogos	85,2	7,4	3,7	0	3,7

Fonte: elaboração das autoras.

Sintomas e enfrentamento de sintomas defensivos

Tabela 5 – Sintomas defensivos apontados pelos trabalhadores

Sintomas	Nunca %	Poucas vezes %	Às vezes %	Muitas vezes %	Sempre %
Sinto que gosto de ficar isolado	18,5	22,2	33,3	14,8	11,1
Sinto que tenho dificuldade de fazer o que quero	18,5	22,2	29,6	29,6	0
Sinto que não gosto mais do eu trabalho	40,7	22,2	14,8	11,1	11,1
Sinto-me desinteressado em ter lazer	40,7	33,3	22,2	3,7	0
Sinto-me sem vontade de trabalhar	77,8	14,8	3,7	3,7	0
Sinto que sou irônico	33,3	29,6	11,1	11,1	14,8

Fonte: elaboração das autoras.

Tabela 6 – Enfrentamento dos sintomas defensivos apontados pelos trabalhadores

Enfrentamento	Nunca %	Poucas vezes %	Às vezes %	Muitas vezes %	Sempre %
Procuro não faltar ao trabalho	3,7	0	11,1	25,9	59,3
Faço parte de grupos sociais	3,7	40,7	25,9	22,2	7,4
Sou responsável nas atividades que faço	3,7	0	7,4	18,5	70,4
Procuro um novo emprego	48,1	29,6	14,8	0	7,4
Faço leituras	0	14,8	18,5	37	29,6
Vou ao cinema ou teatro	25,9	37	22,2	11,1	3,7
Assisto TV	0	7,4	22,2	37	33,3
Pratico algum esporte	18,5	22,2	25,9	11,1	22,2

Fonte: elaboração das autoras.

Sintomas psicológico

Tabela 7 – Sintomas psicológicos apontados pelos trabalhadores

Sintomas	Nunca %	Poucas vezes %	Às vezes %	Muitas vezes %	Sempre %
Sinto-me com dificuldades de concentração	25,9	14,8	33,3	18,5	7,4
Sinto que às vezes tenho perda de memória	37	14,8	22,2	18,5	7,4
Sinto que tenho pensamentos lentos	29,6	29,6	29,6	7,4	3,7
Sinto-me alienado	44,4	40,7	7,4	3,7	3,7
Sinto-me sozinho	40,7	33,3	11,1	7,4	7,4
Tenho sentimentos de insuficiência	40,7	37	18,5	0	3,7
Sinto-me feio e excluído	59,3	22,2	11,1	3,7	3,7
Sinto-me que passo por estados de alegria e melancolia	29,6	25,9	33,3	11,1	0
Sinto que tenho dificuldades em me aceitar como sou	51,9	29,6	14,8	3,7	0
Sinto-me desanimado	37	33,3	22,2	7,4	0
Sinto-me que tenho desconfianças e paranoias	39,7	20,5	15,8	15,8	8,1

Fonte: elaboração das autoras.

Todos os sintomas apresentados na Tabela 1 podem ser exemplos de sintomas psicossomáticos, mas um ponto relevante é referente às dores musculares ou em tendões, nervos e ligamentos. Pode-se pensar que esses sintomas estão associados aos fatores psicológicos investigados logo abaixo, levando em consideração que podem ser visualizados como sintomas psicossomáticos. É importante ressaltar que os entrevistados não buscam estratégias de verbalização dos seus padecimentos. Sendo assim, o corpo pode reagir de alguma maneira. Os sintomas psicossomáticos são aqueles que aparecerem quando o psicológico está muito

abalado e, conseqüentemente, o corpo acaba reagindo de acordo com as emoções e sensações. Muitas doenças podem ser provocadas por conta dessas situações. Muitas vezes, esses sintomas físicos poderiam ter sido evitados com o auxílio de escuta qualificada, como psicoterapia (MELLO; MIRIAM, 2009).

Os principais sintomas físicos da síndrome do esgotamento, de acordo com Ortega e López (2004), são muito semelhantes aos de outras doenças. Caracterizam-se por qualquer alteração da percepção normal que o trabalhador tem de seu próprio corpo, porém, com uma causa diferente das demais doenças, que é o esgotamento profissional.

No ponto de vista de Pereira (2002), entre os sintomas, desatacam-se fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares ou osteomusculares, cefaleia, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório e disfunções sexuais.

Nesta pesquisa, foi possível identificar alguns fatores importantes. Dentre eles, sintomas físicos, comportamentais, psicológicos e defensivos, sintomas esses que é importante que sejam percebidos para que se busquem formas de enfrentamento consciente, pois, muitas vezes, os indivíduos encontram maneiras de enfrentamento de maneira inconsciente.

Quando foi falado sobre sintomas e sinais físicos, foi possível perceber que um dos fatores que apareceram foi a dificuldade em dormir. Entende-se que esse fator pode estar associado à fadiga, sendo que, se o trabalhador dorme mal, ele tenderá a sentir-se cansado no dia seguinte, ao passo que as dificuldades para dormir podem surgir mediante a fadiga crônica não tratada.

Para os autores Rocha e Santos (2018), a Síndrome de Burnout, ou esgotamento profissional, apresenta alguns fatores específicos, como alterar a rotina de alimentação, sono, lazer, fadiga, bem como vazio interior do indivíduo.

Além disso, pode ser que ele desenvolva depressão, desvalorização da vida e de si próprio.

Na Tabela 2, foram apresentadas as formas de enfrentamento diante dos sintomas físicos, como alimentação saudável, oito horas de sono, exercícios físicos, consultas médicas regulares, bem como os exames, uso de medicação para dormir, boa relação com as pessoas ao seu redor e evitar se estressar. Chamou a atenção que todos relataram que tentam fazer movimentos em favor do enfrentamento a esses sintomas, porém, quando questionados sobre o uso de medicamento para dormir, 74,1% comentam que nunca fizeram o uso destes. Apesar de mais de 80% dos entrevistados terem apresentado dificuldade para dormir em algum momento, 74,1% nunca tomaram medicação. Essa situação pode ser devido ao preconceito em relação ao uso do medicamento ou ao medo de se tornarem dependentes deles.

É sabido que o uso de psicotrópicos, quando for acompanhado por um profissional cauteloso ao prescrevê-los, e associados a outras formas terapêuticas de cuidados, vai auxiliar na saúde mental do trabalhador, não causando a dependência do medicamento, e sim um período de tratamento para que ele consiga encontrar seu equilíbrio natural, especialmente quanto ao sono.

Nesse contexto, o medicamento revela-se base terapêutica importante e como princípio de conduta médica, porém, os grupos terapêuticos, oficinas de trabalho e consultas com profissionais não médicos apresentam-se como coadjuvantes imprescindíveis no cuidado/tratamento em saúde mental (BEZERRA *et al.*, 2016).

As situações estressoras são fatores importantes que podem provocar a alteração no sono. Por esses motivos que evitar as situações estressoras é considerado um tipo de enfrentamento. Situações estressoras presentes no ambiente de trabalho repercutem de forma negativa no comportamento e na saúde do trabalhador. Estudo realizado com 91 agentes penitenciários de unidades prisionais em Minas Gerais demonstrou que 70,4% relataram possuir dificuldades

para dormir, além de terem pesadelos com situações violentas presentes em seu cotidiano (FERREIRA *et al.*, 2017).

Contudo, é possível constatar que o distúrbio no sono, também, provoca fatores que envolvem risco para saúde física e mental do sujeito, além de exigir dele um autocontrole emocional para enfrentar as diversas situações do seu dia a dia.

Um dos fatores que podem contribuir para evitar o esgotamento profissional é manter um bom relacionamento com as pessoas com quem o sujeito convive diariamente, sejam os colegas de trabalho ou as famílias. O bom relacionamento, além de aumentar a produtividade no trabalho, também colabora para evitar fatores estressores.

Na Tabela 3, 33,3% dos entrevistados falam que, muitas vezes, mantêm um relacionamento saudável, e 40,7% falam que sempre mantêm relacionamento saudável. Quanto melhores os relacionamentos, menos as pessoas agem de maneira agressiva. Na Tabela 4, no item sobre tentar resolver os problemas antes de ser agressivo, 33,3% assinalarem a opção “muitas vezes” e 48,1% marcaram a opção “sempre”. Isso aponta que os trabalhadores optam por ser resilientes, buscando encontrar soluções saudáveis para resolver os problemas e melhorar os seus relacionamentos com colegas.

Porém, na Tabela 4, 40,3% dos trabalhadores apontam sentirem-se irritados, 44,4% sentem-se agressivos e 67,3% sentem dificuldade em relaxar, fazendo com que os entrevistados precisem ficar sempre em estado de alerta e atenção, lutando para não expressar todos os sentimentos que têm durante o trabalho. Como falado acima, os agentes buscam não agir com agressividade, mesmo que estejam sentindo-se irritados.

Nos fatores comportamentais, pode-se perceber que alguns dos entrevistados sentiram desejo de buscar auxílio em bebidas alcólicas 14,8% e uso de tabaco/ fumar 11,1%. Isso não significa que eles realmente buscaram auxílio em drogas

lícitas, mas sentiram necessidade, o que pode significar que, em muitos momentos, sentem necessidade da fuga, e o uso do álcool e do tabaco acaba fazendo esse papel.

Nesse contexto, para Jardim, Ramos e Glina (2014), o consumo de álcool e outras drogas está relacionado à prática defensiva em decorrência do sofrimento no trabalho, sendo que o trabalhador encontra no consumo de substâncias um meio de escape para a realização e permanência no trabalho.

Em relação aos fatores psicológicos, pode-se perceber que os pontos mais afetados pelo trabalho são a dificuldade de concentração 59,2% e perda de memória 48,1%. Esses fatores podem estar associados à irritabilidade, pois os trabalhadores acabam precisando fazer um esforço maior para se concentrar e realizar as suas tarefas, e, por conta disso, acabam ficando mais estressados e vulneráveis à irritação e à agressividade.

Em relação aos sintomas defensivos nos entrevistados, destaca-se que gostam de ficar isolados 26%, e têm dificuldade em fazer o que querem 29% (muitas vezes). Quando isso é identificado, pode-se entender que os agentes perderam o desejo de realizar atividades que sempre gostavam, sejam elas de lazer ou de outras motivações. É um dado preocupante, pois, quando se fala em depressão, os principais sintomas comentados são o isolamento e a perda de desejo. De acordo com o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.*, 2014), os principais fatores da depressão são: perda de vontade/desejo em realizar atividades, sentimento de tristeza, alterações no sono e no apetite, dificuldade de concentração, baixa autoestima, e, algumas vezes, pensamentos suicidas.

Outro dado que nos chama atenção é que, apesar de vivenciarem muitos sintomas, 48,1% dos agentes comentaram que nunca procuraram um novo emprego. 59,3% dos entrevistados comentam que tentam não faltar ao trabalho.

Pode-se destacar que os entrevistados buscam vários meios para diminuïrem seus sintomas relacionados ao esgotamento profissional. Entre eles, os principais

são assistir televisão, praticar esportes, fazer atividade física, fazer leituras. Todas essas atividades podem ser acessadas de forma gratuita e podem ser praticadas de acordo com os horários disponíveis dos agentes.

Segundo Soares (2011), o sofrimento se delimita entre a saúde, o bem-estar e a patologia. Todo o estresse gerado no ambiente de trabalho resulta em estratégias do organismo para se adaptar ao meio desgastante, as quais são caracterizadas como estratégias defensivas. Assim, quando o trabalhador não consegue se adaptar a situações frustrantes, tais como a pressão, longas jornadas de trabalho, entre outros fatores, isso pode levar o sujeito ao adoecimento, tornando-se um sofrimento patogênico. Isso mostra que as suas estratégias defensivas não funcionaram ou já não funcionam mais. O sofrimento coletivo pode gerar no grupo novas estratégias para tornar o ambiente menos maçante para os trabalhadores, tornando-se um ponto positivo, protegendo o trabalhador de possíveis ameaças à sua saúde.

Para finalizar, destaca-se que 85,2% dos entrevistados nunca buscaram apoio psicológico, apesar de muitos deles apontarem que estão abertos a mudanças. Isso representa uma contradição significativa, com os resultados sobre a irritabilidade e agressividade que apresentaram porcentagens altas.

Conclusão

A partir da pesquisa realizada, pode-se perceber que são inúmeros os sintomas de esgotamento profissional vivenciados pelos trabalhadores de um centro de atendimento socioeducativo, tais como: fadiga, dores musculares, irritabilidade, desânimo, entre outros. Vale destacar que muitos sintomas comportamentais e físicos estão associados diretamente com os sintomas psicológicos.

É importante ressaltar que o uso de álcool, tabaco e drogas revelou-se um recurso não utilizado pelos trabalhadores como uma estratégia de enfrentamento.

Outrossim, mencionaram que estão abertos a mudanças e buscam novas formas de enfrentamento. Porém, a maioria ainda não buscou nenhuma forma de terapia como maneira de auxiliar sua qualidade de vida.

Por fim, deixa-se um alerta a respeito da importância da Saúde do Trabalhador em centros de atendimento socioeducativos provisórios, o que pode ser alcançado por meio de ações e estratégias que possibilitem o diagnóstico precoce do esgotamento profissional, bem como a promoção do bem-estar físico e mental.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, D. S. Psicopatologias em Agentes Penitenciários: uma relação entre trabalho e saúde. **Psicologado**, 2015. Disponível em: <https://psicologado.com/psicopatologia/psicopatologias-em-agentes-penitenciarios-uma-relacao-entre-trabalho-e-saude>. Acesso em: 19 nov. 2015.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **O Estado da arte do Burnout no Brasil**. Apresentado como conferência no I seminário Internacional sobre o estresse e Burnout. Curitiba, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Prevenção e Intervenção na Síndrome de Burnout**. Como prevenir (ou remediar) o processo de Burnout. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BEZERRA, I. C. *et al.* Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2016.v40n110/148-161/pt>. Acesso em: 19 nov. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 2 jun. 2018.

CHIAVENATO, I. **Comportamento organizacional**: a dinâmica do sucesso das organizações. 3. ed. São Paulo: Manole, 2014.

DEASE – Departamento de Administração Socioeducativa. **Normas Complementares para Organização e Funcionamento do Sistema de Atendimento Socioeducativo Catarinense Regime Restritivo e Privativo de Liberdade**. Florianópolis, 2013. Disponível em: http://www.dease.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2&Itemid=100. Acesso em: 1 jun. 2019.

DEJOURS, C. A. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2008.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência no ambiente de trabalho em agentes de segurança penitenciária do sexo feminino no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2989-3002, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rMRJKdRCq6zjnttmk4LVLb y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2021.

JARDIM, S. R.; RAMOS, A.; GLINA, D. M. R. Diagnóstico e Nexo com Trabalho. *In*: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (org.). **Saúde Mental no Trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2014. p. 49-80.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach Burnout Inventory**. 2. ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1986. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18118/1/Adapta%C3%A7%C3%A3o%20e%20Valida%C3%A7%C3%A3o%20para%20Portugu%C3%AAs%20do%20Questin%C3%A1rio%20de%20Copen.PDF>. Acesso em: 1 jun. 2018.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, New York, v. 2, p. 99-113, Apr. 1981. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205>. Acesso em: 1 jun. 2018.

MELLO, J. F.; MIRIAM, B. U. R. D. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MOSS, M. *et al.* An official critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action. **Critical Care Medicine**, New York, v. 44, n. 7, p. 1414-1421, July 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27309157/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ORTEGA, R. C.; LÓPEZ, R. F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. **Journal of Clinical and Health Psychology**, Amsterdam, v. 4, n. 1, p. 137-160, 2004. Disponível em: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

PEREIRA, A. M. T. B. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ROCHA, F. F.; SANTOS, G. S. **Síndrome de Burnout em profissionais da saúde**. Belo Horizonte: Centro Regional de Enfermagem de Minas Gerais, 2018.

SOARES, M. C. **Trabalho de agente penitenciário**: risco de adoecimento. Brasília: UCB, 2011.

Reinserção social e vulnerabilidades sociais de indivíduos privados de liberdade: um olhar para a saúde mental

Franklin de Almeida Cipolato

Andrea Noeremberg Guimarães

Maria Luiza Bevilaqua Brum

Marta Kolhs

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Marina Klein Heinz

Introdução

O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) contabilizou que a população carcerária no Brasil em 2017 estava entre as maiores do mundo, correspondendo a mais de 726 mil pessoas. O perfil dessa população era a maior parte composta por jovens, sendo que 29,9% estavam na faixa etária de 18 a 24 anos, 24,1% entre 25 a 29 anos e 19,4% entre 35 a 45 anos. Etnicamente, 46,2% eram pardos, 35,4%, brancos, e 17,3%, de cor preta. Mais da metade das pessoas custodiadas possuíam baixa escolaridade, de modo que 51,3% tinham o Ensino Fundamental Incompleto, 14,9%, o Ensino Médio Incompleto, e 13,1%, o Ensino Fundamental Completo. O percentual das pessoas que tinham Ensino Superior Completo era de 0,5% (BRASIL, 2019).

Essa realidade é preocupante, pois a população carcerária está suscetível à aquisição e transmissão de doenças decorrentes das superlotações, ambientes

inadequados e insalubres, uso de drogas ilícitas e assistência à saúde fragilizada (OLIVEIRA; FERREIRA; ROSA, 2016).

Nesse contexto, vivenciam situações de vulnerabilidades, as quais possivelmente estão presentes em seus cotidianos de vida e estão sujeitas a se agravarem ainda mais, uma vez que a condição de privação de liberdade implica o acirramento de recursos econômicos, sociais e acessos aos bens e serviços.

A vulnerabilidade pode ser conceituada sob três dimensões: a vulnerabilidade individual, que se refere ao grau e à qualidade de informações que os indivíduos dispõem sobre um determinado problema e à possibilidade de empregá-las para sua proteção; a vulnerabilidade social, a qual envolve acessos aos meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais e fatores políticos; e a vulnerabilidade programática, a qual tem relação com programas destinados à prevenção e ao cuidado, podendo ser políticas regionais, locais ou nacionais, que devem ser disponibilizadas de modo efetivo e democrático (AYRES *et al.*, 2017).

Partindo da premissa de que as situações de vulnerabilidades podem levar os sujeitos ao adoecimento (AYRES *et al.*, 2017), entende-se que o período de detenção e o ambiente carcerário podem interferir na personalidade do indivíduo privado de liberdade e o tornar desvinculado do ambiente social, podendo afetar, sobretudo, a sua saúde mental. No momento que os portões se fecham e os indivíduos veem-se rodeados de muros e grades, eles passam a seguir novas regras de convivência e sentem-se excluídos socialmente, adotando, conseqüentemente, condutas de acordo como a instituição rege (PEREIRA, 2018).

Na fase inicial do encarceramento, podem surgir quadros de autoagressão, depressão e tentativas de suicídio. Além disso, o isolamento do indivíduo privado de liberdade perante a sociedade pode propiciar o desenvolvimento de uma sintomatologia psíquica caracterizada, por exemplo, por ansiedade e delírios. Esses quadros se diferenciam em psicoses carcerárias, que favorecem o desenvolvimento de desequilíbrios psicóticos e, ainda, transtornos psíquicos preexistentes à

internação, que o detento pode ter experimentado em algum momento ou que, nunca diagnosticados, aparecem em cárcere (FAVILLI; AMARANTE, 2018).

Por outro lado, quando os indivíduos privados de liberdade terminam de pagar a pena e saem da instituição, passam a lidar com uma realidade que os exclui e os desafiam, principalmente nas relações interpessoais e no âmbito do trabalho. Nesse contexto, a Enfermagem, como precursora do cuidado e da humanização, possui papel importante no processo de reinserção social desses indivíduos e, juntamente com os outros profissionais, deve trabalhar o desenvolvimento dos sentimentos de autovalorização e empoderamento, além de promover atividades educativas e a preservação de direitos humanos. A Enfermagem, também, pode contribuir de maneira positiva com a saúde mental de presidiários recém-libertados ao proporcionar a eles conforto e bem-estar, resgatar o sentido da existência humana e reduzir a discriminação e/ou preconceitos (CORDEIRO *et al.*, 2018).

Considera-se que investigações com indivíduos privados de liberdade fomentam reflexões em profissionais de Enfermagem, acadêmicos e pesquisadores, sensibilizando-os com as diferentes faces dessa problemática, além de contribuir para que esses profissionais se sintam seguros para a aplicação de intervenções com essa população.

Busca-se, neste estudo, focar nas vulnerabilidades sociais de pessoas privadas de liberdade, considerando que se trata de indivíduos oriundos de áreas socialmente vulneráveis, que estão em situações cuja capacidade de acessar direitos ou de se defender é reduzida, cujos estigmas operam como uma marca socialmente negativa e abrem-se poucas possibilidades de mudança a esse público (SIQUEIRA; ANDRECIOLI, 2019).

Assim, elegeu-se como objetivo: identificar as situações de vulnerabilidades de indivíduos privados de liberdade na reinserção social sob enfoque da saúde mental.

Método

Estudo qualitativo, descritivo-exploratório, realizado em um Complexo Penitenciário Agrícola, em Santa Catarina, Brasil. O Complexo apresenta, aproximadamente, 633 pessoas privadas de liberdade em regime fechado e 599 indivíduos em regime semiaberto. Esses números variam diariamente devido às transferências internas e externas, saídas temporárias e progressões de regime.

Foram incluídas no estudo a análise da situação de pessoas em regime penal semiaberto que estivessem desenvolvendo algum tipo de atividade laboral dentro ou fora da Penitenciária. Foram excluídas pessoas encarceradas por um tempo menor do que dois anos. O estudo contou com a participação de 18 homens privados de liberdade.

A coleta de informações ocorreu no período de dezembro de 2020 a janeiro de 2001 por meio de entrevista semiestruturada mediante a um roteiro de perguntas com questões abertas, realizada em uma sala dentro do Complexo Penitenciário Agrícola, garantindo, dessa maneira, a privacidade e os direitos dos participantes. As entrevistas foram gravadas e, após as transcrições, foi realizada a análise de conteúdo temática, dividida em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretados (MINAYO, 2014).

O estudo respeitou os preceitos éticos previstos na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sob o parecer número 4.461.931/2020.

Resultados

Os 18 participantes eram do sexo masculino e tinham entre 24 e 50 anos. O estado civil apontou 77% (n=14) solteiros; 11% (n=2) casados; 6% divorciados

(n=1); e 6% (n=1) amasiados. Do total de entrevistados, 44% (n=8) tinham Ensino Fundamental incompleto e somente 6% (n=1) possuíam Ensino Superior completo. A média de tempo de condenação variou entre 2 e 38 anos e o tempo de pena já cumprida foi de 4 a 22 anos. As profissões que desenvolviam eram as de agricultor, pedreiro e auxiliar de produção. Na sequência, serão apresentadas as categorias encontradas.

O contexto penitenciário de indivíduos privados de liberdade

A população privada de liberdade entrevistada informou que desempenha diversas atividades no seu cotidiano dentro da penitenciária. O artesanato e a limpeza estão entre as atividades relatadas. Para eles, esta é uma forma de trabalho dentro da Unidade e um método eficaz para deixar a mente tranquila, tornar um ambiente agradável e sentirem-se úteis.

Eu faço artesanato na minha cela. Pego esses vidrinhos de adoçante e monto um barco dentro. [...] Faço artesanato na parte da manhã que eu estou com a mente mais tranquila. (I1).

Eu saio entorno de 4h:30 da manhã. As 5h:00 da manhã eu começo lavar cumbuca, tampa, serviço geral da cozinha [...] o que as funcionárias me pedirem eu faço. (I3).

O hábito do trabalho faz parte da rotina da maioria dos indivíduos devido ao fato de eles estarem cumprindo sua pena em regime semiaberto, o que possibilita que eles desempenhem o trabalho na própria penitenciária, conforme os serviços oferecidos, ou fora dela, por meio de empresas conveniadas. Segundo eles, além de o trabalho ser uma importante atividade para a remissão da pena, é possível que o dinheiro arrecadado a partir dele seja utilizado para ajudar no sustento de suas famílias.

Atualmente trabalho no setor de saúde, acordo de manhã, tomo café, faço a chamada e logo em seguida saio para trabalhar. (I4).

Eu trabalhava nos [nome da fábrica]. É importante porque trabalha a mente da gente, começamos a pensar só coisas boas, sair daqui e arrumar um serviço. (I2).

Outro destaque foi a menção à remição da pena, pois os dados revelaram que este é um fator que os estimula a participar das atividades oferecidas no presídio. Além do dinheiro arrecadado nas funções desempenhadas dentro ou fora da instituição.

Me ajudou bastante por causa da remissão, era para eu sair [...] só no mês quatro de 2021, e com as remissões veio agora para o dia 02 de janeiro. (I11).

É legal porque pelo menos você fica atualizado nas coisas do dia a dia, o que está acontecendo [...] Você trabalhando ganha tua remissão, ganha teu dinheiro, tu consegue fazer alguma coisa. É muito bom! (I17).

O trabalho exercido, também, se revelou um dispositivo de esperança, pois cria possibilidades futuras de arrumar um emprego e voltar a trabalhar quando esse indivíduo sair da penitenciária. Além disso, os indivíduos recém-libertados nutrem a esperança de uma vida digna e longe de erros passíveis de punição, assim como desejam construir uma vida nova e buscar não ser mais aquele indivíduo que eram antes. Nesse sentido, a família pode ser um apoio no retorno à sociedade, como nos mostra o relato a seguir:

Eu vou voltar a trabalhar, sou construtor. Tenho meu irmão que tem uma empresa e trabalha com isso, penso em voltar a trabalhar com ele. (I16).

Meu plano é arrumar um emprego e voltar a trabalhar. (I8).

Vou tentar procurar ser o que eu não fui antes. (I9).

Com relação ao acesso à informação e ao conhecimento, para os participantes, a televisão é uma fonte de informações e é compreendida como benéfica para a aquisição de conhecimentos e para que eles se mantenham atualizados com relação às notícias que ocorrem na região, país e no mundo. A leitura ajuda a pessoa privada de liberdade a manter a mente cauterizada, destacando a Bíblia como fonte que ajuda no autoconhecimento.

Gosto de livros, principalmente do Augusto Cury, que trabalha a mente e a inteligência, que não deixa a mente ficar cauterizada. Leio a Bíblia todos os dias, faço o estudo da Bíblia também para poder me entender melhor. (I14).

De manhã nós levantamos, pegamos o café, fazemos a função no barraco e ficamos assistindo as notícias na televisão. (I11).

Consideram que as atividades de estudos são de grande relevância para suas vidas. Alguns aprenderam a ler e escrever no presídio e desejam finalizar o Ensino Fundamental e o Médio. As aulas e rotinas de estudo os estimulam a pensar em um curso superior quando forem liberados da condicional.

Escrever e ler, aprendi tudo na cadeia. (I1).

Eu estou fazendo o ENCCEJA. (I17).

Os indivíduos recém-libertados destacam que recebem assistência dos profissionais de saúde na penitenciária conforme suas necessidades e consideram adequado e humanizado o atendimento nas consultas.

Tratam a gente bem, como ser humano. [...] O profissional de enfermagem sempre me deu muita atenção, o médico também [...] Só agradecimento, [...] apesar do lugar, apesar de ter me envolvido com coisas erradas, graças a Deus fui tratado com humanidade. (I14).

Gosto do atendimento porque sempre que eu preciso alguma coisa sou atendido. (I13).

A psicóloga da penitenciária me ajudou em uma nova visão do que eu poderia fazer, do que eu poderia me tornar. (I5).

Além disso, esses indivíduos expõem uma atmosfera de medo e solidão em suas vidas pelo fato de não terem com quem conversar. Alguns familiares não vão visitá-los, e esses indivíduos sentem medo da rejeição da sociedade, a ponto de, nas saídas temporárias, desejarem retornar antecipadamente para a penitenciária.

A solidão, não tem ninguém para a gente conversar [...]. Medo de ser rejeitado pelas pessoas também, inclusive nunca cheguei a ficar todos os 7 dias de saída temporária, ficava 2 ou 3 dias e voltava para Penitenciária. (I1).

Nunca tive uma visita. A minha irmã mora no Mato Grosso, outra mora em Curitiba e outros moram no Paraguai. (I17).

O contexto de reinserção social e as vulnerabilidades sociais

No processo de reinserção social, um aspecto valorizado pelos indivíduos privados de liberdade é restaurar a confiança da família. Essa restauração dos vínculos familiares ocorre por meio das visitas, cartas, videochamadas e, até mesmo, da interação com eles durante sua saída temporária da prisão, momento em que há esse contato direto. Para eles o apoio familiar é importante para o ajustamento social e eles relatam que se sentem bem com o convívio e manutenção do vínculo familiar.

Eu gosto da minha família, eu sou bastante familiar, fico em casa com eles. Os 7 dias [referindo-se à saída temporária para ver a família] não me vou para lugar nenhum, só na família. Vou para a chácara, temos uma chácara. Em casa e na chácara direto, todo final de semana se reunindo. (I16).

Graças a Deus minha relação é ótima, eu me dou bem com a minha ex-mulher, somos amigos! (I18).

Eu saio lá fora e gosto de ficar com a família, me sinto bem. (I12).

Os indivíduos recém-libertados encaram com dificuldade o processo de reintegração social devido ao preconceito, à exclusão e aos julgamentos que, provavelmente, vivenciarão como consequência de sua estada na prisão. Eles entendem que têm um histórico de crime, serão rejeitados pela sociedade e perderão as oportunidades de emprego.

Já tem ofício criminal, é visto com outros olhos. (I10).

As pessoas julgam: 'Aquele de lá é presidiário'. Deixam de chegar conversar, ajudar a pessoa, dar uma oportunidade de serviço. (I12).

A quantidade de vagas disponibilizadas pela penitenciária referente ao trabalho é uma questão levantada pelos entrevistados, pois eles entendem que é insuficiente. Por isso, eles sugerem um aumento no número de convênios entre as empresas parceiras com a finalidade de incentivar melhores estratégias de ocupação.

Na verdade, precisaria mais serviço, muitos não trabalham, não ganham oportunidade. (I8).

Se tivesse mais convênios seria melhor [...] tem bastante preso aí que está parado, se tivesse mais convênios seria bom. (I11).

Os indivíduos recém-libertados reforçam que o estudo é importante no processo de reinserção social e vislumbram fazer um curso superior após o cumprimento da pena.

Eu me vejo estudando, já tenho um planejamento do que eu vou estar fazendo quando eu chegar ao fim da pena. Quero estudar para fazer a faculdade de Direito. (I4).

Eu acredito que esse ano, ano que vem, eu vou tentar estudar, estudar fora e fazer uma faculdade. (I5).

Reforçam, ainda, que o trabalho os torna pessoas melhores e colabora com a ansiedade. Se sentem valorizados e importantes, bem como ocupam um lugar na sociedade.

O trabalho me deixava melhor, menos ansiedade. Chegava na cela cansado, tomava um banho e dormia. (I8).

O trabalho modifica a mente, faz com que a pessoa venha a se sentir valorizada, se sentir importante, ter o teu lugar e o teu espaço. (I14).

Do mesmo modo, o hábito da leitura é citado novamente como algo importante no processo de reinserção social, uma vez que isso os ajuda mentalmente, tanto nos aprendizados e conhecimentos, quanto na educação, culturalmente e, sobretudo, contribui para que esses indivíduos ocupem seu tempo.

Ajuda mental, conhecimento, educação, o livro é cultura. Temos que resgatar esse momento pra nós nos ocupar. (I10).

É mais para aprender, ler o livro e depois fazer o resumo, ali você já vai ter mais conhecimento da língua portuguesa. (I15).

Discussão

Este estudo dá visibilidade ao cotidiano de vida de pessoas privadas de liberdade, ao cenário prisional e à reinserção social, com vista a identificar aspectos relacionados às vulnerabilidades sociais e saúde mental presentes nesse contexto.

No cenário prisional, houve destaque para algumas atividades em especial, tais como artesanato, hábito da leitura e estudo, trabalho e atendimento humanizado dos profissionais de saúde, consideradas medidas que os ajudam a superar a condição na qual estão. Contudo, a adesão às atividades educacionais, notadamente as escolares na prisão, ainda está relacionada à ocupação do tempo livre ou à redução de parte da pena, isto é, da remição. Infelizmente, ela não está relacionada ao exercício de um direito ou ao acesso ao conhecimento e ao aumento da escolaridade. Apesar disso, o acesso à educação é um fator que pode promover a proteção e a redução de vulnerabilidades sociais no retorno à vida em sociedade (SIQUEIRA; ANDRECIOLI, 2019).

A educação deve envolver o processo de reabilitação dos indivíduos recém-libertados, com muito empenho por parte dos órgãos responsáveis por eles. Ela é considerada como um dos meios de promoção à integração social e à aquisição de conhecimentos de modo a permitir que os apenados assegurem um futuro melhor quando recuperarem a liberdade. A educação é capaz de transformar o potencial dessas pessoas em competências, capacidade e habilidades para que se situem organicamente no mundo, empreendam a construam seu ser em termos individuais e sociais (SOUZA; MARTINS, 2019).

Salienta-se que as ações educativas corroboram para a redução dos níveis de reincidência de pessoas privadas de liberdade, ao mesmo tempo em que ajudam na consequente recuperação do indivíduo por meio de medidas que auxiliem na

capacitação profissional e, principalmente, na busca pela conscientização mental e social (COSTA JUNIOR; MOREIRA, 2019).

No campo do trabalho, o estudo revelou que o cenário do estudo dispõe de meios para preparar os indivíduos privados de liberdade a terem acesso ao mercado de trabalho por meio de convênios com empresas e dos próprios serviços ofertados na instituição. As empresas conveniadas oferecem aprendizagem sobre uma determinada atividade laboral para que, no futuro, o indivíduo esteja preparado para se reinserir no mercado de trabalho. Todavia, os pesquisados ressaltaram a necessidade do aumento no número de vagas de trabalho, de modo que atendam suas necessidades.

Estudo realizado em unidades prisionais do litoral catarinense sinalizou que, de fato, há falta de vagas para todos os indivíduos que realizam seleções para o preenchimento de vaga, pois o acesso ao trabalho depende do número de vagas disponíveis, que é escasso, e poucos conseguem se inserir em alguma atividade (SCHWEITZER; SCHMITT, 2020).

Entretanto, compreende-se que o trabalho é um grande pilar da sociedade. O desafio é fazer com que as pessoas privadas de liberdade exerçam uma atividade laboral produtiva. O trabalho auxilia-os a se desvincularem de facções voltadas ao crime, contribui para especialização de mão de obra e, gera uma mudança positiva da imagem do preso na comunidade em que ele vive (BRITO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2018).

A reeducação por meio do trabalho contribui com a ressocialização, saúde mental e redução das vulnerabilidades sociais dessas pessoas. Essas práticas possibilitam o resgate da dignidade e da autoestima do indivíduo, dando a ele aconselhamento e condições para um amadurecimento pessoal, além de lançar e efetivar projetos que tragam proveito profissional, entre outras formas de incentivo (COSTA JUNIOR; MOREIRA, 2019).

Além disso, a prática do trabalho no sistema prisional gera um incentivo adicional, pois garante remição de um dia de pena a cada três dias trabalhados. Diante desse quadro, não há dúvidas de que o trabalho é uma ferramenta basilar para combater o tempo ocioso e facilitar a ressocialização, agregando valor profissional e permitindo o contato social ao apenado, fazendo com que este mostre à sociedade que tem importância social (BRITO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2018).

Cabe destacar o aspecto econômico e o impacto do trabalho na vida dos homens privados de liberdade, pois, para aqueles que desempenham a prática do trabalho fora da instituição, a remuneração garante a integração do apenado na sociedade, assim como a sua manutenção e sustento fora do ambiente institucionalizado, podendo este retornar ao convívio social e preservar a sua saúde mental (BRITO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2018).

É evidente que essas expectativas podem sofrer modificações a todo o momento durante a busca dos indivíduos recém-libertados por uma vida digna e longe de erros passíveis de punição. A prática das atividades voltadas ao trabalho e a educação nas prisões deve possibilitar ao ser humano sentenciado a oportunidade de reflexão e de acesso ao conhecimento, e não apenas a punição que prevalece na instituição. Para muitos, essa participação pode ser a única alternativa de espaço de discussão das relações humanas, e que possibilite, também, por parte dos reeducando, uma autoanálise (SILVA JUNIOR; ALANIZ, 2020).

Outro componente que os entrevistados mencionaram foi o atendimento humanizado que recebem dos profissionais de saúde. Há uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, entre outros, que é fundamental para manter a sua saúde física e mental. Os atendimentos lhes proporcionam um espaço de acolhimento, respeito, troca de ideias e conselhos que promove seu bem-estar. Isso foi reforçado aos médicos, enfermeiros e psicólogos.

Essa realidade difere de estudo realizado em outro contexto penitenciário, mostrando que os serviços de saúde prestados são péssimos, faltam ações de promoção de saúde e as ações que regem o cotidiano do presídio são indignas e desumanizadas, principalmente o tratamento prestado pelos profissionais (DOURADO; ALVES, 2019).

Independentemente desses dois contextos prisionais apresentados com relação aos serviços de saúde inseridos nessas respectivas instituições, os indivíduos privados de liberdade salientam a importância do acolhimento humanizado que recebem dos profissionais de saúde, especialmente porque se percebem como sujeitos desprovidos de valorações. Requerem, não apenas serem atendidos como pessoas com uma doença, mas também de forma holística por meio de uma prática realizada com uma escuta qualificada, compreensão do sofrimento relatado, criação de vínculos, atendimento integral das suas necessidades e planejamento de medidas de intervenção (OLIVEIRA; SANTOS; ALMEIDA, 2020).

Nesse contexto, chama a atenção que, mesmo que existam políticas públicas voltadas para a população privada de liberdade, existe, também, muita dificuldade em sua implementação. Permanece, ainda, um contexto marcado por uma assistência em saúde precária ou, até mesmo, inexistente. Sendo assim, é importante instigar discussões sobre saúde no sistema penitenciário nos centros educacionais formadores de recursos humanos para o SUS (SERRA; LIMA, 2019).

No processo de reinserção social, um elemento importante para as pessoas privadas de liberdade é a restauração da confiança da família. O componente familiar constitui um importante elo com o mundo fora da penitenciária. A confiança e a proximidade da família se mostram como estímulos para se manterem fora da criminalidade (OLIVEIRA; SANTOS; ALMEIDA, 2020). É importante, portanto, que a família traga bases fortalecedoras, que auxiliarão o indivíduo no enfrentamento das adversidades.

O estudo indica que os homens privados de liberdade enfrentam dificuldades no meio social devido ao preconceito, julgamentos e exclusão. A demonstração de tais anseios retrata que a prisão lhes deixa uma marca que os fragiliza a ponto de mantê-los a um eterno aprisionamento social. Com isso, vigora em suas vidas um contexto de vulnerabilidades sociais, uma vez que eles são submetidos constantemente a exclusões dos diferentes segmentos da sociedade, fato que os distancia dos bens e serviços e seus direitos humanos são negligenciados.

Nos meandros dessas situações, visualizou-se, por meio das expressões no ato das entrevistas, que essas pessoas vivenciam sofrimentos psíquicos causados em decorrência desses fatos que acontecem em seus cotidianos de vida. Estudiosos expõem que tais circunstâncias relatadas por reeducandos possuem larga capacidade impactante no desenvolvimento de sofrimentos e afecções mentais, e estas, quando instaladas, não são responsabilizadas, tampouco recebem as tratativas terapêuticas previstas pelo direito à saúde (SILVA *et al.*, 2021).

A saúde mental do indivíduo privado de liberdade torna-se importante para o processo de reinserção social. Quando o indivíduo volta a ter contato com a sociedade pelo cumprimento da pena ou pelo regime semiaberto, o processo de desinstitucionalização é marcado pelos hábitos adquiridos na própria instituição. Pode-se citar: a forma como se vestem, o vocabulário, o preparo perante as responsabilidades e obrigações, além de apresentarem alguns sintomas, como a impaciência, estado de hipervigilância, insônia e impulsividade. Isso evidencia a necessidade de serem elaboradas atividades a partir do início da pena que trabalhem a saúde mental do indivíduo privado de liberdade, preparando-o para as dificuldades que podem surgir no processo de desinstitucionalização (ALENCAR; HUR, 2017).

Tais dificuldades incluem o fato de que o indivíduo sai do ambiente carcerário, mas pode continuar sendo visto como um criminoso. Isso repercute na falta de oportunidades de emprego, que é uma forma de exclusão social reflexa

deste processo. A folha de antecedentes criminais, resultante da passagem pelo sistema carcerário, dificulta a inserção no mercado de trabalho e, até mesmo, na falta de apoio da própria família (ALENCAR; HUR, 2017). Nesse sentido, devido às dificuldades frente aos moldes da sociedade contemporânea, os indivíduos recém-libertos podem acabar cometendo atos que o levem de volta ao ambiente carcerário.

Para operar sobre essas carências e demandas, faz-se necessária uma equipe multidisciplinar em saúde e que esteja preparada para uma assistência ampla. A Enfermagem, como componente fundamental da equipe de saúde, pode configurar, através de sua atuação no cárcere, uma interação terapêutica efetiva, incorporando, não só consultas e procedimentos clínicos, mas também atividades que se expandam para o extramuro do sistema prisional, incluindo outras áreas de conhecimento, como artes e educação, sendo estas ferramentas valiosas para o estabelecimento de um vínculo terapêutico, diagnóstico e acompanhamento de sofrimentos psíquicos (BARBOSA *et al.*, 2019).

É necessário um trabalho contínuo de sensibilização da equipe multiprofissional. Os atendimentos grupais devem ser priorizados a fim de proporcionar motivação, estabelecimento de vínculos, troca de experiências, vivências e comunicação, necessários ao processo terapêutico. Atuar de forma efetiva em saúde mental em contextos prisionais requer, além de conhecimentos técnicos específicos, a utilização de modelos que consideram uma visão psicossocial e política ampliada, visando, além do bem-estar dessas pessoas, o seu retorno à sociedade (BARBOSA *et al.*, 2019).

Não obstante, é válido refletir que, se não houver políticas e programas com ações efetivas que atendam as demandas sociais e econômicas no processo de ressocialização das pessoas privadas de liberdade, as vulnerabilidades sociais se agravarão e os forçarão a persistirem na criminalidade, uma vez que não conseguem superar as injúrias e as pressões impostas pela sociedade.

Conclusões e implicações para a prática

As vivências do processo de reinserção social de indivíduos privados de liberdade em regime semiaberto, no cenário estudado, demonstraram que as atividades desenvolvidas pela penitenciária mostraram-se capazes de suprir as expectativas dos indivíduos, bem como favorecer a saúde mental perante os desafios extramuros.

Dentre as expectativas, destacam-se a esperança de uma vida digna, a remição da pena, o resgate da confiança da família, novas oportunidades de trabalho após o cumprimento total da pena e a minimização dos sentimentos de medo e solidão. Entretanto, por vezes, as dificuldades relacionadas com o preconceito e a falta de vagas de trabalho podem gerar sentimento de frustração e de ter seus direitos tolhidos.

Percebe-se que, no ambiente carcerário, a Enfermagem deve basear suas práticas se atentando às ações para a saúde mental desses indivíduos. A equipe de Enfermagem precisa, juntamente com a equipe multiprofissional que compõe o serviço, estabelecer uma relação de confiança e tornar os indivíduos altamente instruídos na busca pelo seu espaço na sociedade, respeitando as particularidades e a realidade de cada um.

Nesse contexto, observa-se a importância de oferecer a eles a oportunidade de realizar atividades voltadas à educação e ao trabalho, pois estas representam vias de retorno ao legítimo convívio social e o distanciamento do mundo do crime.

Ainda, destaca-se o importante papel do enfermeiro como educador em saúde na atuação com a comunidade em relação à desestigmatização dessa população vulnerável. Faz-se necessário que a sociedade leve em conta que todo ser humano é passível de cometer erros e, também, atos considerados como crime,

e que, nem por isso, podemos realizar o juízo de valor sobre esses indivíduos, condenando-os a viver com essa indiferença até seus últimos dias de vida.

As limitações do estudo se deram devido ao atual momento de pandemia da COVID-19, pois houve atraso e dificuldade para a coleta de informações diante das restrições estabelecidas pela instituição. Outro limitador foi o espaço vigiado pela justiça, motivo pelo qual alguns dos participantes se mostraram desconfiados ao responder algumas das perguntas elaboradas.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados em outras penitenciárias brasileiras frente à resolutividade das vivências no processo de reinserção social, visto que várias das atividades podem interferir diretamente na saúde mental dos indivíduos privados de liberdade.

Referências

ALENCAR, A. K. S.; HUR, D. U. Discursos sobre a reincidência Penitenciária: Patologização, Institucionalização e Exclusão Social. **Ayvu Revista de Psicologia**, Niterói, v. 3, n. 2, p. 111-140, jul. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/22220>. Acesso em: 9 maio 2022.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. C. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 375-417.

BARBOSA, M. L. *et al.* Ações de enfermagem para as pessoas privadas de liberdade: uma *scoping review*. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8W3787SLwcbbMmyTtYDzLNq/?lang=pt>. Acesso em: 9 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública do Brasil. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN: Atualização fev. de 2019**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2019. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisde->

pen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf. Acesso em: 9 maio 2022.

BRITO, R. G. G.; RIBEIRO, J. R. F.; OLIVEIRA, T. B. A ressocialização do apenado por meio da participação da sociedade: o trabalho como instrumento no processo de reintegração. **Revista Vertentes do Direito**, Palmas, v. 5, n. 1, p. 191-208, jun. 2018. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/direito/article/view/5004>. Acesso em: 9 maio 2022.

CORDEIRO, E. L. *et al.* Perfil epidemiológico de los detenidos: patologías notificables. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 36, n. 2, p. 170-178, maio/ago. 2018. Disponível em: <http://ciberindex.com/c/rae/362170ae>. Acesso em: 9 maio 2022.

COSTA JUNIOR, C. R.; MOREIRA, M. O sistema prisional: superlotação e ressocialização. **Revista Vox Fadileste**, Reduto, v. 1, n. 10, p. 22-33, jul./dez. 2019. Disponível em: <http://www.fadileste.edu.br/revistavox/ojs-2.4.8/index.php/revistavox/article/view/160/195>. Acesso em: 9 maio 2022.

DOURADO, J. L. G; ALVES, R. S. F. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 96, p. 47-57, jan./jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000100006. Acesso em: 9 maio 2022.

FAVILLI, F.; AMARANTE, P. Direitos humanos e saúde mental nas instituições totais punitivas: um estado da arte Itália-Brasil sobre a determinação de mecanismos alternativos à prisão decorrentes às situações de doença mental ou enfermidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 25, p. 151-193, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69659/41706>. Acesso em: 9 maio 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, T. F. F.; FERREIRA, P. J. O.; ROSA, R. K. G. Perfil de saúde no sistema penitenciário brasileiro: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Revista Expressão Católica Saúde**, Quixadá, v. 1, n. 1, p. 121-125, jun. 2016. Disponível

em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/1384>. Acesso em: 9 maio 2022.

OLIVEIRA, V. R.; SANTOS, B. M. S.; ALMEIDA, R. C. Saúde mental na Atenção Básica: as deficiências da humanização do cuidado. *In*: ANDRADE, D. F. (org.). **Tópicos em Ciências da Saúde**. Belo Horizonte: Poisson, 2020. p. 39-46.

PEREIRA, A. V. À margem – experiências de literatura com pessoas encarceradas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 93, p. 107-119, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/FrpB9t6Bq5Hpv4TV5KFbtnt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 maio 2022.

SCHWEITZER, L.; SCHMITT, A. A. Trabalho no rol dos culpados: (re) inserção profissional e sistema prisional. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Campos dos Goytacazes, v. 10, n. 2, p. 279-291, 2020. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/3041/1698>. Acesso em: 9 maio 2022.

SERRA, A. E. G.; LIMA, R. C. R. O. Promoção da saúde para pessoas no regime semiaberto do sistema penitenciário: relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1270-1281, out./dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912322>. Acesso em: 9 maio 2022.

SILVA JUNIOR, J. F.; ALANIZ, E. P. A educação para o trabalho nos sistemas prisionais paulistas. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 28, n. 2, p. 276-292, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/12642>. Acesso em: 9 maio 2022.

SILVA, R. G. T. *et al.* A expressão do sofrimento mental pela produção artística de homens encarcerados. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, Recife, n. 6, p. 1-8, abr. 2021. Disponível em: <http://www.redcps.com.br/detalhes/102>. Acesso em: 9 maio 2022.

SIQUEIRA, D. P.; ANDRECIOLI, S. M. A vulnerabilidade das mulheres encarceradas e a justiça social: o importante papel da educação na efetividade no processo de ressocialização. **Revista Direito em Debate**, Ijuí, v. 28, n. 51, p. 61-77, ago. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/8946>. Acesso em: 9 maio 2022.

SOUZA, L. G.; MARTINS, E. F. Jovens e adultos em privação de liberdade: os desafios do direito à Educação como forma de Ressocialização. **RP3: Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, Brasília, n. 1, p. 1-20, jun. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/25181>. Acesso em: 9 maio 2022.

PARTE 2
MOVIMENTOS PREVENTIVOS
A PARTIR DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Validação de Tecnologias Educacionais para o manejo da violência laboral contra profissionais da saúde

Letícia de Lima Trindade

Maiara Schoeninger

Kaciane Boff Bauermann

Grasiele Fátima Busnello

Elisabete Maria das Neves Borges

Rosana Amora Ascari

Introdução

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2019) caracteriza a violência laboral como uma sucessão de comportamentos e práticas inaceitáveis que causam danos físicos, psicológicos, sexuais ou econômicos ao trabalhador. Na área da saúde, esses eventos são frequentemente vivenciados pelos profissionais, evidenciando fragilidades institucionais e organizacionais no reconhecimento e manejo do fenômeno (BUSNELLO *et al.*, 2021).

Em seu cotidiano de trabalho, os profissionais de saúde contam com inúmeros instrumentos que subsidiam a sua prática e organizam suas ações (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Nesse contexto, identifica-se a existência de quatro grandes grupos de ferramentas: as que sistematizam as informações e registros (evoluções, cadastros, prontuários); as que conduzem e orientam os processos

(cadernetas, *check-list*, fluxogramas, protocolos); as informativas e educativas (*folders*, cartazes, cartilhas, infográficos, vídeos, figuras); e as avaliativas, como é o caso das escalas, que já foram metodologicamente validadas (SILVA; ELIAS, 2019).

O planejamento e a incorporação de tecnologias nos serviços de saúde auxiliam o profissional na tomada de decisão, proporciona autonomia, ampliando a efetividade dos recursos utilizados, favorecendo a gestão do processo de trabalho e contribuindo ativamente para o enfrentamento dos desafios atuais no campo da saúde (DUPRET; FRIBORG, 2018; SILVA; ELIAS, 2019).

Dentre os tipos de tecnologias, as Educacionais representam um conjunto de saberes e ações que colaboram nas estratégias de ensino e aprendizagem, bem como no planejamento, implementação e avaliação de atividades do cotidiano (TEIXEIRA; MOTA, 2011), orientando o processo de trabalho e criando mecanismos de produção de saúde (SILVA; ELIAS, 2019).

A incorporação de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) nas Tecnologias Educacionais (TE) incentiva esses processos de ensino e aprendizagem, dinamizando o fluxo de dados e informações e auxiliando o profissional de saúde em diferentes contextos assistenciais e gerenciais, sendo essas tecnologias consideradas veículos de socialização do conhecimento (PINTO; ROCHA, 2016; LEITE *et al.*, 2018).

A validação dessas TE por peritos e especialistas objetiva aperfeiçoá-las, otimizá-las e torná-las mais confiáveis e seguras (MOREIRA *et al.*, 2014), evitando, desse modo, resultados imprecisos ou o desenvolvimento de materiais tendenciosos (SIQUEIRA *et al.*, 2020).

Diante destes aspectos, o presente capítulo objetiva apresentar o caminho percorrido para a validação de tecnologias educacionais utilizadas durante uma campanha de prevenção e enfrentamento da violência nos serviços de saúde.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa metodológica, quantitativa e descritiva de desenvolvimento e validação de tecnologias educativas aplicáveis em saúde, tendo como referencial teórico Teixeira e Mota (2011).

As Tecnologias Educacionais (TE) foram desenvolvidas como parte das dissertações intituladas: “Atenção Primária à Saúde como um Bom Lugar para se Trabalhar” e “Campanha de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral: uma Tecnologia Social voltada aos Profissionais de Saúde”, vinculadas ao macroprojeto intitulado como: “Violência no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde” do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS), da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). O desenvolvimento dos materiais contou com o apoio do Grupo de Estudos Sobre Saúde e Trabalho (GESTRA), e foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

A validação das TE ocorreu entre o período de março a maio de 2021 mediante seis etapas, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Roteiro para validação de Tecnologias Educacionais (TE). Chapecó-SC, Brasil, 2021

Etapas para validação de TE	Descrição da Etapa
1º Passo: Produção da TE	Desenvolvimento dos materiais educativos e informativos por intermédio dos resultados obtidos na coleta de dados quantitativos e qualitativos e embasados na literatura científica atual.
2º Passo: elaboração e encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	Pesquisa aprovada pelo parecer do Macroprojeto (Pareceres de nº 713.728/2014 e nº 2.835.706/2018 e nº 3.414.195/2019).

3º Passo: seleção dos Juízes e aplicação do Instrumento I – via formulário <i>Google Forms</i>	Seleção de juízes com expertise nas áreas temáticas de saúde pública, gestão em saúde, saúde do trabalhador, assédio moral, tecnologias educacionais, podendo conter juízes das áreas de design gráfico, publicidade e propaganda e comunicação social. Totalizou, ao menos, 13 Juízes-especialistas para cada tecnologia, os quais avaliaram as tecnologias por meio de um formulário eletrônico.
4º Passo: seleção do público-alvo e aplicação do Instrumento II	Profissionais/trabalhadores participante da etapa quantitativa ou qualitativa do estudo. Totalizou, pelo menos, 13 participantes para cada tecnologia.
5º Passo: análise e discussão	As respostas obtidas após a validação dos juízes e do público-alvo foram analisadas e foram acatadas as sugestões consideradas pertinentes.
6º Passo: produção da versão final da TE	Todos os itens que não alcançaram Índice de Concordância (IC) de, no mínimo, 0,70% foram corrigidos e modificados.

Fonte: elaboração das autoras, adaptado de Teixeira e Mota (2011).

Primeiramente, construiu-se um Instrumento de Validação de Conteúdo (IVC). Esta ferramenta proporcionou a concordância entre os juízes-especialistas. Segundo Teixeira *et al.* (2020), os juízes responsáveis pela validação seguiram uma concordância mínima de 70%. Nesse momento, foi enviado, via formulário do *Google Forms*, o instrumento I, contendo o *link* de acesso às tecnologias educacionais (*Vídeo, Folder, Cartaz e Podcast*), bem como uma breve introdução do estudo e instruções quanto ao preenchimento do formulário. Este foi subdividido em três blocos de questões, sendo eles: objetivos; estrutura e apresentação; e relevância. Cada um dos blocos continha perguntas em quatro níveis de resposta: 1 = Totalmente adequado; 2 = Adequado; 3 = Parcialmente adequado; e 4 = Inadequado. Ao final de cada bloco, foi disponibilizado um espaço para que as respostas fossem justificadas, bem como para a inserção de sugestões. Salienta-se

que foi desenvolvido um instrumento específico para cada tecnologia, seguindo o mesmo padrão de respostas.

Por último, o IVC foi calculado por intermédio do somatório de concordância dos itens marcados como “1” e “2”, dividido pelo número total de respostas, utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de Respostas 1 e 2}}{\text{Número total de Respostas}}$$

Para a amostragem dos juízes-especialistas, foi adotada a metodologia não probabilística intencional, técnica de *snowball* (bola de neve) (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Os juízes-especialistas foram contatados por meio do correio eletrônico, bem como por meio do aplicativo do *WhatsApp*.

Para esta seleção, foram respeitados, ao menos, dois dos seguintes critérios: experiência clínico-assistencial com o público-alvo há, pelo menos, dois anos; publicações em revistas e/ou eventos sobre o tema (violência nos serviços de saúde); participação em grupo de pesquisa da área ou temática (saúde pública, saúde do trabalhador, gestão em saúde); publicações em revistas e/ou eventos sobre construção e validação de TE; ser especialista (*lato sensu* e/ou *stricto sensu*) nas temáticas de saúde pública e gestão em saúde, saúde do trabalhador, enfermagem do trabalho, TE; ser membro de Sociedade Científica na área da temática.

As TE, também, foram validadas pelo público-alvo, sendo estes os profissionais atuantes nos serviços de Atenção Primária e Terciária à Saúde do cenário estudado. Os critérios de inclusão foram: (1) Atuar no serviço de Atenção Primária e Terciária à Saúde há, pelo menos, um ano; e (2) Ter participado da etapa quantitativa ou qualitativa da macropesquisa. O convite aos participantes também foi enviado por correio eletrônico, bem como por aplicativo *WhatsApp*.

O instrumento II de validação também foi enviado via formulário do *Google Forms*, contendo apenas dois blocos de questões, sendo eles: objetivos, estrutura, apresentação e organização das TE e estratégias da campanha. Após a coleta, os dados foram inseridos em uma planilha no Microsoft Excel®, versão 2016. A análise foi realizada por pontuação da escala *Likert*, bem como realizou-se a análise das sugestões dos juízes. A macropesquisa respeitou todos os aspectos éticos recomendados e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina pelos Pareceres de nº 713.728/2014, nº 2.835.706/2018 e nº 3.414.195/2019.

Resultados

Todas as TE desenvolvidos foram intencionalmente estruturadas pelos achados da macropesquisa. Diante disso, os elementos centrais que compuseram as TE foram relacionados aos conceitos da violência, perfil dos perpetradores, associação entre a ocorrência dos diferentes tipos de violência, características sociolaborais dos profissionais, formas de prevenção e enfrentamento e meios que estimulem a reflexão, pensamento crítico e sensibilização acerca do fenômeno, bem como da cultura de paz.

As quatro TE (Vídeo, *Folder*, Cartaz e Podcast) foram validadas por 15 juízes-especialistas, sendo, em sua maioria, do sexo feminino 86,7% (n=13), idade média de 41 anos. Entre os juízes, 26,7% (n=4) eram mestres, 40% (n=6) eram doutores; e 33,3% eram (n=5) pós-doutores; das áreas de saúde pública/coletiva eram (80% n=12); saúde do trabalhador/enfermeiro do trabalho, (53,3% n=8); gestão em saúde, (53,3% n=8); violência no trabalho, (26,7% n=4), tecnologias educacionais (13,3% n=2) e gestão e educação em saúde (6,7% n=1), com média de 14 anos de experiência na área de atuação. Todas as TE foram aprovados, seguindo o IVC apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Índice de Validade de Conteúdo segundo blocos do Instrumento I avaliado por juízes especialistas. Chapecó-SC, Brasil, 2021

Tecnologia Educativa	Bloco 1: IVC Objetivos: propósitos, metas ou finalidades	Bloco 2: IVC Estrutura, apresentação: organização, estratégia	Bloco 3: IVC Relevância: significância, impacto, motivação e interesse	IVC Total
Vídeo: campanha de prevenção e enfrentamento da violência contra os profissionais nos serviços de saúde	1	0,99	1	0,99
Folder: prevenção à violência nos serviços de saúde	0,97	0,93	0,97	0,95
Cartaz: enfrentamento da violência no trabalho em saúde	0,97	0,94	1	0,97
Podcast: Assédio Moral não é legal	1	0,98	1	0,99
IVC Global				0,97

Fonte: adaptado pelas autoras (TEIXEIRA; MOTA, 2011; LEITE *et al.*, 2018).

Já em relação à Validação Semântica realizada com o público-alvo, participaram deste processo 16 trabalhadores, de 15 municípios pesquisados. Entre os profissionais, estavam os enfermeiros, técnicos em Enfermagem, Agentes Comunitários em Saúde, fisioterapeutas, cirurgiões dentista, psicólogos e farmacêuticos, sendo 31,2% deles com grau de instrução de ensino médio; 62,5% especialistas; e 6,3% mestres. Dentre os participantes, 87,5% atuavam na Atenção Primária à Saúde (APS) e 12,5%, na Atenção Terciária a Saúde, com média de seis anos de experiência na instituição. A campanha foi validada pelo público-alvo com o Índice de Concordância Semântica (ICS), conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 3 – Índice de Concordância Semântica segundo blocos do instrumento II avaliado pelo público-alvo. Chapecó-SC, Brasil, 2021

Objetivos, estrutura, apresentação e organização das TE	Estratégias da Campanha	ICS Total
0,98	0,97	0,975

Fonte: adaptado pelas autoras (TEIXEIRA; MOTA, 2011; LEITE *et al.*, 2018).

Em relação aos comentários e sugestões, os participantes do processo de validação manifestaram a necessidade de maior interação com o público-alvo por intermédio de canais de comunicação (redes sociais, *chat* em páginas oficiais), ainda, estimulam a continuidade das ações voltadas à temática, bem como a manutenção do desenvolvimento de TE. Destaca-se, que devido ao alcance das médias de IVC e ICS pré-determinadas, não houve necessidade de alterações ou modificações nas TE desenvolvidas.

Por se tratar de recursos para o gerenciamento do fenômeno da violência, bem como dispositivos que proporcionam autonomia e empoderamento profissional, os materiais poderão ser amplamente divulgados nos serviços de saúde, assim como utilizados durante as reuniões de equipe como forma de educação permanente, proporcionando ainda, períodos de convivência e coparticipação, sendo considerado deste modo, dispositivos democráticos.

Os diversos materiais desenvolvidos permanecem à disposição permanentemente para acesso, compartilhamento e *download* por meio da página oficial: <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude>.

Discussão

As tecnologias foram desenvolvidas com base nos achados da macropesquisa, envolvendo e incluindo estas às necessidades identificadas pelo público-alvo.

Estudos mostram que o processo de inovação nos serviços de saúde deve incluir três aspectos: a tecnologia em si; quem a produz; e quem a consome, ou seja, esse processo consiste na utilização de tecnologias, em profissionais/trabalhadores e pacientes/usuários (DUPRET; FRIBORG, 2018).

As TE foram validadas por juízes-especialistas (IVC global=0,97). Um dos pressupostos da validação é a identificação de ações assertivas para a realidade investigada, melhorando a interpretação do fenômeno (ADAMY *et al.*, 2018). Por intermédio da validação com a participação de especialistas na temática investigada, os instrumentos são melhorados e otimizados, tornando-os mais confiáveis e seguros para utilização e aplicação (TEIXEIRA *et al.*, 2020), e evitando, ainda, resultados imprecisos ou informações tendenciosas (LEITE *et al.*, 2018).

Diversas óticas e pontos de vista distintos foram essenciais para a otimização das TE desenvolvidas. Desse modo, a validação interdisciplinar por intermédio de profissionais das áreas da saúde pública, isto é, saúde do trabalhador, tecnologias educacionais e gestão em saúde, proporcionou melhor entendimento acerca da temática. A validação desses materiais por peritos objetiva aperfeiçoá-los e torná-los mais confiáveis e seguros (MOREIRA *et al.*, 2014), proporcionando rigor tecnológico e legitimando-os (SIQUEIRA *et al.*, 2020).

Em relação ao público-alvo, os materiais foram validados com ICS global de 0,97. A participação dos agentes de cuidado foi essencial para o desenvolvimento das TE, visto que isso permitiu conhecer a representatividade regional, bem como incentivar os profissionais e trabalhadores, atuantes nos serviços de saúde, a serem agentes transformadores da realidade.

A validação de uma TE com o público-alvo é de extrema importância, visto que possibilita agregar diferentes saberes, promover conhecimento, compartilhar experiências, necessidades e aperfeiçoá-las como instrumento válido à sua utilização, intensificando a credibilidade e a aceitação do material (MONTEIRO *et al.*, 2019).

As TE desenvolvidas podem servir de subsídio para a instrumentalização e a ampliação da autonomia dos profissionais atuantes nos serviços de saúde diante de situações de violência laboral. O encontro ativo e cotidiano com a complexidade das situações de trabalho é uma fonte potencial de práticas sustentáveis e inovadoras (DUPRET; FRIBORG, 2018). Os meios pelos quais os profissionais atuam em volta das tecnologias podem auxiliar na resolução de problemas e ser o cerne de possíveis soluções (DUPRET; FRIBORG, 2018).

Os materiais desenvolvidos podem, ainda, ser utilizados para promover a aprendizagem frente aos episódios de violência. Todas essas TE comprovam a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) para a qualificação das práticas em que estão envolvidos os profissionais de saúde da APS. Os investimentos nos processos educativos devem ser integrantes do processo de trabalho, o que contribui para o cuidado qualificado (VENDRUSCOLO *et al.*, 2021). A APS consiste em um potente espaço para a consolidação da EPS ao realizar práticas compartilhadas entre profissionais das equipes, na utilização de tecnologias, na construção de vínculo com usuários dos serviços de saúde e no papel gerador de trabalho interdisciplinar (SORATTO *et al.*, 2015).

Recomenda-se, ainda, fomentar a prevenção e o enfrentamento do assédio moral durante a formação de graduação dos profissionais por meio de reflexão e conscientização sobre a temática para o fim da violência aos profissionais de saúde e ampliação de rede de apoio às vítimas. Acredita-se que o empoderamento de futuros profissionais possa contribuir positivamente para minimizar a violência nos serviços de saúde.

Conclusões

A macropesquisa proporcionou diagnóstico situacional para o desenvolvimento de diferentes materiais instrucionais. As quatro TE selecionadas

(Vídeo, Folder, Cartaz e Podcast) foram validadas por 15 juízes-especialistas, bem como por 16 participantes do público-alvo. O processo de validação proporcionou a otimização dos materiais e tornou-os aptos e confiáveis para serem utilizados e divulgados amplamente em diferentes contextos, tanto assistenciais como gerenciais.

Os materiais ofereceram informações que garantem ao profissional empoderamento e autonomia para o manejo, prevenção e enfrentamento da violência nos serviços de saúde. Propiciaram, ainda, o incentivo à reflexão acerca da temática durante as reuniões de equipe, tornando esses momentos promotores de aprendizagem e democratizadores da informação, não somente com o intuito de informar, mas, principalmente, formar. Deste modo, é esperado que os materiais proporcionem a efetivação da educação permanente em saúde.

Referências

ADAMY, E. K. *et al.* Validação na teoria fundamentada nos dados: rodas de conversa como estratégia metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3121-3126, nov./dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603121&lang=pt. Acesso em: 2 out. 2021.

BUSNELLO, G. *et al.* O enfrentamento da violência no trabalho da enfermagem contexto hospitalar e atenção primária à saúde. **Enfermería Global**, Murcia, v. 20, n. 62, p. 216-228, mayo 2021. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200007&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 4 out. 2021.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2021.

DUPRET, K.; FRIBORG, B. Workarounds in the Danish Health Sector – from Tacit to Explicit Innovation. **Nordic Journal of Working Life Studies**, Horsens, v. 8, n. S3, p. 7-27, 2018. Disponível em: <https://tidsskrift.dk/njwls/article/view/105274>. Acesso em: 1 out. 2021.

LEITE, S. S. *et al.* Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1635-1641, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=en&tlng=en. Acesso em: 24 fev. 2021.

MONTEIRO, D. S. *et al.* Validação de uma tecnologia educativa em biossegurança na atenção primária. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 10, n. 2, p. 1-11, mayo/agosto 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000200206. Acesso em: 20 out. 2021.

MOREIRA, R. P. *et al.* Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 547-554, jul./set. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-2014000590013.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

OLIVEIRA, S. A. *et al.* Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 69, p. 1-20, out./dez. 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/64>. Acesso em: 4 out. 2021.

OIT – Organização Internacional do Trabalho. **Conferência Internacional do Trabalho**. Convenção sobre Violência e Assédio. Genebra: OIT, 2019. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms_729459.pdf. Acesso em: 3 out. 2021.

PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1433-1448, maio 2016. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2016.v21n5/1433-1448/pt/>. Acesso em: 1 out. 2021.

SILVA, H. P.; ELIAS, F. T. S. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 1-14, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35suppl2/e00071518/>. Acesso em: 2 out. 2021.

SIQUEIRA, A. F. *et al.* Validation of a handbook on suicide prevention among students: talking is the best solution. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 21, p. 1-8, 2020. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/42241>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SORATTO, J. *et al.* Family health strategy: a technological innovation in health. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, abr./jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584. Acesso em: 1 out. 2021.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. (org.). **Tecnologias educacionais em foco**. São Paulo: Difusão, 2011. v. 2.

TEIXEIRA, E. *et al.* (org.). **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, 2020. v. 2.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Educação permanente e sua interface com melhores práticas em enfermagem na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72725>. Acesso em: 19 out. 2021.

A educação permanente no cuidado aos pacientes crônicos: uma abordagem na Atenção Primária

Camille Chiossi Presoto
Milena Schneiders
Adriana Aparecida Polmann
Vander Monteiro da Conceição
Francieli Girardi
Olvani Martins da Silva

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) integram um grupo de condições crônicas cuja característica principal é um curso gradual, progressivo, com tempo de duração indefinido, podendo provocar incapacidades funcionais, o que acarreta custos elevados aos serviços de saúde (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2021). Em alguns casos, pode agudizar o quadro clínico e desencadear complicações severas e, até mesmo, incapacitações, o que requer um cuidado contínuo, vigilância e monitoramento constantes ao longo do processo da doença em busca do alívio dos sintomas, bem como da melhoria da qualidade de vida do indivíduo com a doença (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Em torno de 70% das causas das mortes no mundo são decorrentes das DCNT, e, dentre as suas causas mais significativas, destacam-se as doenças cardiovasculares, o câncer, a diabetes e as doenças respiratórias crônicas (MALTA *et al.*, 2020). No Brasil, essas patologias lideram o Ranking de mortalidade

(BRASIL, 2021). Já para a Doença Renal Crônica (DRC), os dados indicam uma taxa anual de mortalidade bruta de 19,5% no Brasil (NEVES *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que as doenças supracitadas poderiam ser evitadas ou retardadas se seus fatores de risco fossem controlados, tais como obesidade, consumo excessivo de sal, sedentarismo, estresse, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e alimentos processados, e, ainda, a poluição atmosférica, considerada causadora de mortes por doenças respiratórias. Esse último fator de risco passou a fazer parte da presente edição do plano de ações e estratégias, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2021 (BRASIL, 2021).

As DCNT acometem, em maior percentual, a população de baixa renda, fato que pode ser corroborado por um estudo nacional, realizado com pessoas residente nas 26 capitais e no Distrito Federal em 2015, que investigou através dos *dados do inquérito telefônico Vigitel* as coberturas de planos de saúde e comparou a ocorrência de fatores de risco e proteção de DCNT na população com e sem planos de saúde nas capitais investigadas. Nesse estudo, pessoas que não possuíam planos de saúde apresentaram indicadores desfavoráveis, tais como hábitos pouco saudáveis na alimentação, pouca prática de exercícios e uso de fumo e álcool. Também se constatou menor índice de realização de exames preventivos de câncer nessa população (MALTA *et al.*, 2020).

Tais informações devem ser interpretadas levando em conta o panorama das DCNT, pois seus índices são crescentes, principalmente em populações vulneráveis no quesito renda e escolaridade, os expondo sobremaneira aos fatores de risco e à limitação de informações de saúde (BRASIL, 2021).

Dentre as DCNT, este capítulo irá focar na Educação Permanente (EPS) quanto à Doença Renal Crônica e Oncológicos na Atenção Primária a Saúde (APS). Nesse sentido, os dados supracitados explicitam questões relevantes em relação aos fatores de risco para as DCNT, que acabam desencadeando comorbidades, como a hipertensão e diabetes, que conduzem à via final para a DRC, que, por

sua vez, acarreta ao indivíduo significativas alterações nas rotinas e na qualidade de vida. Pensando nisso, políticas de saúde pública têm sido implementadas com a finalidade de prevenir, monitorar, frear e manusear esse agravo (SANTA CATARINA, 2021).

O câncer também é reconhecido como um importante problema de saúde pública, sendo que um dos desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) é o manejo paliativo do paciente oncológico. Nesse sentido, é fundamental o controle dos sintomas para a promoção da qualidade de vida dos usuários, familiares e da própria equipe que oferta o cuidado (SAMPAIO *et al.*, 2020).

A APS cobre cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários (BRASIL, 2021).

Para conduzir os fluxos assistenciais dos usuários renais crônicos e oncológicos, as linhas de cuidado são utilizadas para garantir a eles o atendimento às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio (MALTA; MERHY, 2010).

A linha de cuidado inicia-se na entrada do usuário ao serviço de saúde, preferencialmente na APS, assistido pela Estratégia Saúde da Família (ESF), pois este configura-se um modelo assistencial em que as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo, o seu contexto familiar, social, econômico e cultural, bem como a realização das ações de vigilância em saúde e promoção da saúde. A ESF deve ser operacionalizada por equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), estando estas situadas em um território definido.

O caminho do cuidado em saúde varia conforme suas necessidades, desde serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar ou, ainda, outros serviços da rede (IEPS, 2021).

Diante desse cenário relevante para saúde pública, os serviços e as organizações de saúde compreenderam a necessidade de articular os contextos teóricos com a práxis profissional. As atividades educativas, através do conceito da Educação Permanente em Saúde (EPS), foram conduzidas para a aprendizagem no trabalho e seus intercâmbios como uma prática de educação dialógica, visando facilitar a busca das melhores práticas de assistências a esse grupo (BRASIL, 2009).

Para responder às complexidades frente ao processo de cuidado das DCNT, a ferramenta ativa de aprendizagem da EPS oferece subsídios para que os trabalhadores da saúde consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade (BRASIL, 2014).

Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram a EPS um processo educativo em saúde caracterizado pela atualização das práticas do cotidiano do trabalho ou da formação; é, também, um processo permeado pelas relações profissionais que circundam a realidade do ambiente de trabalho, o que permite a construção de espaços coletivos de reflexão e avaliação. Essas relações ocorrem dentro das equipes e estendem-se às articulações interinstitucionais e intersetoriais.

Essas formas de intervenção da educação em saúde podem modificar, amenizar e/ou prevenir desfechos desfavoráveis em relação à saúde da população, potencializando uma assistência de qualidade, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população e estando articulada com a Rede de Atenção à Saúde. Assistir o usuário de forma íntegra faz parte do cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), portanto, além do compromisso profissional para com o cuidado, é necessária a formação contínua, planejada e coordenação das equipes de saúde (BECKER; HEIDEMANN, 2020).

Diante desse cenário e no intuito de alertar as pessoas sobre a DRC e sobre seus fatores de risco, foi criado o programa de extensão Enfrentamento da Doença Renal Crônica (ENDORC), vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e ao Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES), Cuidados Paliativos Oncológicos, da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó (UFFS), cujo foco principal foi a instrumentalização dos profissionais de Enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (ACS) a fim de que eles pudessem identificarem precocemente os riscos para o desenvolvimento da DRC e Oncológicas, podendo, para isso, planejar ações assistências e de promoção em saúde visando utilizar as evidências científicas atuais e articulação com a Rede de Atenção em Saúde (RAS) para minimizar e reduzir agravos as condições de saúde do usuário.

Sendo assim, as atividades educativas, promovidas através do processo da EPS, buscaram atualizar as práticas do cotidiano do trabalho na prática. Como norteadora das atividades, foi utilizada a problematização da realidade do serviço e das necessidades existentes no serviço de saúde. É importante desenvolver um olhar crítico-analítico para a aprendizagem a partir da problematização do cenário real de atuação do profissional de saúde. O que se aprende não é um hábito novo, mas sim, uma maneira diferente de relacionar-se ou de atuar (BRASIL, 2009).

Essa abordagem adveio, pelo atual cenário crescente das doenças crônicas no Brasil, em Santa Catarina e na Regional de Saúde, bem como dos impactos na saúde pública. Ainda, entende-se que os profissionais de saúde, em especial os da APS, são os principais protagonistas nas ações voltadas à promoção e à prevenção em saúde. Assim, o ENDORC e o EDUFFS, em parceria com a Macrorregional de Saúde de Chapecó, iniciaram a construção das atividades de capacitação visando promover um espaço de diálogos e trocas de conhecimento entre os profissionais que atuam na APS. O objetivo geral deste manuscrito, portanto, é relatar as

atividades de Educação Permanente em Saúde realizadas para os profissionais de Enfermagem e para os ACS que atuam na Atenção Primária em Saúde da Macrorregional de Saúde de Chapecó e que visa a fortalecer a integralidade do cuidado através da promoção, da prevenção, da detecção precoce e do manejo da Doença Renal Crônica e dos Cuidados Paliativos Oncológicos.

Percurso metodológico

Trata-se de um relato de experiência que descreve as atividades realizadas pelos programas de extensão ENDORC e o EDUFES no período de fevereiro de 2020 a agosto de 2021. O grupo de extensionistas é composto por três docentes e oito discentes do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, o qual busca promover ações voltadas ao enfrentamento das DCNT. O grupo do EDUFES é composto por um docente e uma estudante bolsista vinculada ao programa.

Na última edição do Programa, o propósito foi promover atividades de EPS centrada nos profissionais que atuam na APS (Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde), e que, também, atuam na Atenção Primária à Saúde, na ESF da Macrorregional de Saúde de Chapecó. A Macrorregional conta com 27 municípios da região Oeste de Santa Catarina.

O cronograma de atividades previu 12 encontros com duração de 4 horas cada um. Realizou-se um planejamento mensal dos grupos ENDORC e EDUFES, visando à organização das oficinas que foram ofertadas. As atividades foram conduzidas por meio de oficinas, visando garantir um espaço de debate, construção de conhecimentos e propostas para melhoria da assistência em saúde.

As temáticas das oficinas foram planejadas e organizadas de acordo com o contexto formativo de cada grupo profissional alvo deste relato. Os temas abordados nos encontros foram: 1- Educação para Prevenção e Enfrentamento da

DRC; 2- Identificação e Análise dos Grupos de Risco para DRC; 3- Diagnóstico da DRC e Manejo de Paciente com DRC; 4- Estratégias de Promoção e Prevenção da DRC; 5- Interdisciplinaridade no Cuidado ao Paciente com DRC, com base no documento legal da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica em Santa Catarina; e 6- A Doação de Órgãos e Transplante Renal.

No que tange aos Cuidados Paliativos, foram abordados: 1- Bases da Oncologia; 2- Cuidados Paliativos Oncológicos; 3- Manejo de Sintomas em Oncologia; todos os temas solicitados pelas equipes de saúde envolvidas. Essa temática foi desenvolvida pelos facilitadores do ensino, do EDUFES.

A Metodologia utilizada teve como guia a Aprendizagem Baseada em Problema (ABP), que parte do cotidiano para uma reflexão da prática. Essa técnica se utiliza de problemas da vida real para estimular os desenvolvimentos conceitual, procedimental e atitudinal (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014). Parte de uma situação que leva a um problema, o qual necessita ser resolvido com foco na aprendizagem, visando desempenhar um papel ativo no processo de investigação, na análise e na síntese do conhecimento investigado. Além disso, deve utilizar ferramentas, explorar técnicas lúdicas, vivências e dinâmicas de grupo.

Os encontros presenciais eram mediados pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), junto aos municípios da Macrorregional de Saúde e ocorriam nas dependências da Universidade do Estado de Santa Catarina e da Universidade Federal da Fronteira Sul. Diante da Pandemia da SARS-CoV-2, todas as atividades, a partir de 19 de março de 2020, passaram a ser no formato *on-line*. Para além das ações citadas, o programa passou a utilizar mídias sociais para a educação em saúde. Para o presente capítulo, serão relatadas as atividades desenvolvidas presencialmente.

Oficinas de educação em saúde para prevenção e manejo da DRC

A primeira oficina do Programa de Extensão teve como público os ACS. A temática central foi dividida em três momentos: a) abordagem a problemática da DRC aos níveis mundial, nacional e municipal e seus fatores de risco; b) reconhecimento do cenário local, vivenciado pelos ACS; c) Relato de um paciente renal através de sua narrativa de cuidado.

Destacamos, nesta participação e integração do ACS, a problematização de seu cenário de trabalho, trazendo situações reais de usuários, descrevendo, de forma simplificada, a RAS e o acompanhamento prestado pelas ACS. Também, no relato do caso real, a vivência de um paciente foi o ponto fundamental para o diálogo da oficina, que tencionava sensibilizar os profissionais para a problemática da doença renal crônica, pois conhecer a realidade pode ser o ponto crucial para o envolvimento e a abertura de possibilidades de engajar-se pela melhoria daquela condição de saúde.

Um estudo de revisão de literatura, que, buscando compreender a percepção do paciente renal crônico em hemodiálise, encontrou que a negação da doença pelo paciente é um sentimento presente principalmente no início do diagnóstico e tratamento, onde pairam os sentimentos de incapacidade, de dependência, do receio do comprometimento das atividades diárias, da mudança da rotina, da reeducação alimentar, do conflito pessoal e nas relações (CASTRO *et al.*, 2018), mas que, também, após esse processo, muitos pacientes desenvolvem sentimentos de aceitação, o que conduz a uma melhor adesão ao tratamento e maior bem-estar físico e psicológico.

Estes elementos acabaram surgindo na discussão com o grupo dos ACS e muitos deles trouxeram relatos de situações vivenciadas na prática profissional. Outros, no entanto, não tinham conhecimento do quanto essa condição impacta

a vida das pessoas, o que nos leva a reforçar a importância de instrumentalizar os ACS para as práticas de promoção à saúde, pois o ACS exerce função fundamental dentro da equipe de saúde por desempenhar ações de promoção de saúde junto à comunidade de sua área de abrangência, possuir vínculos com essa população e é conhecedor daquele território em relação aos problemas de saúde local (ALENCAR *et al.*, 2020), o que facilita a interlocução com a população para a promoção da saúde.

A segunda e terceira oficinas foram direcionadas para os profissionais técnicos, os auxiliares de Enfermagem e os enfermeiros. Essas oficinas foram planejadas para a participação de um profissional enfermeiro convidado da atenção terciária, que realizou uma fala que explanava as dificuldades enfrentadas na atuação em serviço em relação aos encaminhamentos dos pacientes provindos de outros municípios. Assim, reforçou a importância da APS para o monitoramento, o acompanhamento dos pacientes em risco de desenvolver a doença e o encaminhamento precoce dos pacientes para uma Unidade de Saúde.

Para além do diagnóstico da doença de base, é fundamental seu manejo adequado, e, sobretudo, a identificação precoce da lesão renal nos grupos de risco com vistas ao estadiamento da doença e, assim, prover estratégias de prevenção e acompanhamento ainda na atenção primária. Por outro lado, quando o estadiamento estiver avançado, idealmente, o encaminhamento precoce ao especialista é referido. Isto posto, é válido pontuar que as estratégias de prevenção, acompanhamento e rastreamento são ações que compõem a prática da Enfermagem. Daí seu importante papel (SAMPAIO *et al.*, 2020).

Para ilustrar a importância da APS junto aos pacientes com DRC, um estudo de intervenção, realizado em um Centro de Saúde da Família no Ceará, em que participaram 24 profissionais da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, ACS, odontólogos, nutricionistas, educador físico, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo), buscou desenvolver ações de EPS aos profissionais

de saúde daquele centro para identificar precocemente a DRC nos pacientes da área de abrangência. Metodologicamente amparado pelo Arco de Margarez, foram selecionadas estratégias a fim de acompanhar os pacientes com fatores de risco para desenvolver a DRC, tais como: realização de atividades educativas à população; EPS para os profissionais; estratificação de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica; atendimentos multiprofissionais e melhoria na comunicação com a Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SAMPAIO *et al.*, 2020). As estratégias supracitadas no estudo de Sampaio *et al.* (2020) são elementos oportunos a serem levados em consideração em outros cenários de prática, pois, durante as oficinas de capacitações aqui relatadas, esses elementos foram pontuados pelo grupo dos profissionais, em especial após a comunicação com a RAS.

Vale ressaltar que a problemática da DRC é uma situação crescente em nosso meio. Entretanto, sua abordagem e prevenção na APS ainda tem se apresentado de forma tímida e incipiente. Como ilustrado em um estudo de revisão de literatura que investigou a importância do diagnóstico precoce e tratamento da DRC no âmbito da Atenção Básica no cenário nacional, o encaminhamento dos pacientes ao nível secundário é tardio em decorrência da falta de conhecimento acerca da epidemiologia da doença, a respeito da falta de critérios diagnóstico para detecção precoce e a respeito dos cuidados nas fases iniciais (SANTOS *et al.*, 2017).

É nesse sentido que as atividades de EPS para os profissionais da APS tornam-se uma ferramenta capaz de fortalecer as estratégias de prevenção e detecção da doença e impulsionar mudanças no fazer promoção da saúde junto à população adstrita em sua área de abrangência. Essa população pode, ainda, vir a ser conhecedora das políticas de saúde voltadas à doença renal crônica.

Oficinas educativas em saúde para a promoção do cuidado paliativo na Atenção Primária à Saúde

Apesar das subsequentes atualizações do conceito de cuidado paliativo, a primeira descrição, de 1990, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é a que continua a ser difundida entre os profissionais de saúde. Seria positiva essa difusão se não houvesse uma importante atualização em sua composição teórica nos anos de 2002 e 2018, em que foi delineado o cuidado paliativo como atenção ao indivíduo diagnosticado com doença potencialmente fatal e seus familiares. Portanto, significa dizer que o cuidado paliativo já não é mais ofertado somente às pessoas em situação de finitude, logo, desde a descoberta da doença a paliatividade pode ser empregada para minimizar o desconforto gerado pelo diagnóstico, como no caso da descoberta do câncer e seu estigma de morte (PEREIRA; REYS, 2021).

De forma geral, a fase do diagnóstico de câncer é acompanhada por um grande estresse psicológico, incluindo ansiedade, medo e incerteza, uma vez que o sujeito se depara com uma ameaça a seus planos, objetivos e futuro. Sendo assim, na literatura científica é possível observar que o diagnóstico de câncer desencadeia sentimentos e avaliações cognitivas, as quais são influenciadas pelas experiências anteriores e diferenças individuais, bem como por sistemas de crenças e regras, que resultarão em comportamentos peculiares de ajuste, cuja finalidade é enfrentar o estresse provocado por essa situação (ANDRADE; AZEVEDO, 2018).

Neste contexto, entende-se que fazer uso de estratégias educativas é fundamental para desmistificar o cuidado paliativo e assim ofertá-lo de forma precoce. Na perspectiva do letramento em saúde, no qual se reconhece o potencial do indivíduo em captar uma determinada informação, e interpretá-la para a tomada de decisão (MARAGNO *et al.*, 2019), elaborou-se uma sequência de oficinas educativas para instrumentalizar os profissionais de saúde que atuam na APS (no mesmo cenário e população descrita na experiência anterior), para que

em suas áreas de abrangência pudessem minimizar os sofrimentos das pessoas, relacionados ao câncer e aos seus tratamentos.

O conteúdo desenvolvido nas oficinas emergira da demanda do próprio serviço de saúde, inicialmente fora solicitado o tema: cuidados paliativos oncológicos. Sendo assim, a equipe de capacitação compreendeu que antes de adentrar no tema solicitado seria necessário a construção de uma base teórica que sustentasse a compreensão correta do tema e, posteriormente, fossem alinhavados novos conhecimentos que completassem o conteúdo inicialmente proposto.

O primeiro tema trabalhado nas oficinas foi “Bases da Oncologia”. Nesse momento educativo foi apresentado o câncer na perspectiva biológica, e que ele também possui aspectos que impactam na dimensão social e psicológica. Elucidar o impacto nestas duas últimas dimensões mencionadas foi primordial para que os profissionais compreendessem que eles, como trabalhadores da APS, estavam envolvidos também no processo de cuidar em oncologia. Assim, desmistificou-se o primeiro mito, o de que o cuidado em saúde ao paciente oncológico só ocorre no ambiente hospitalar.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde por meio da continuidade, da integralidade, da coordenação do cuidado, da humanização, do vínculo e da corresponsabilização (PAIXÃO *et al.*, 2018).

O segundo tema foi “Cuidados Paliativos”. Aproveitou-se para explicar o que é paliar e que este ato não ocorre somente em oncologia, mas em diversas outras doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, a exemplo da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Insuficiência Renal Crônica (IRC), Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) com ou sem manifestação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Esse

momento foi marcante, pois os profissionais ressignificaram o paliar, estando então sensibilizados para oferecer alívio do sofrimento desde o diagnóstico do câncer, ou de outra doença que ameace a vida.

Os avanços em saúde, ciência e tecnologia têm contribuído para crescente expectativa de vida das populações, o que tem proporcionado desafios aos sistemas de saúde, os quais passaram a oferecer assistência a um número maior de indivíduos com diversas condições de saúde. Essa situação também excitou a mudança de enfoque dos cuidados paliativos, os quais, originalmente, estavam direcionados ao câncer e aos cuidados especializados. Atualmente, seu conceito foi ampliado para outras DCNT e a outros ambientes de cuidados (SILVA; NIETSCHE; COGO, 2021).

Um desses ambientes é a APS, considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Os cuidados paliativos devem fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde e será elegível para toda pessoa acometida por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição. A APS, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal ofertado pelas equipes generalistas, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção (SILVA; NIETSCHE; COGO, 2021).

A apresentação dos temas iniciais atendera a demanda inicial dos serviços de saúde, que era os cuidados paliativos oncológicos. Ao final da segunda oficina entregou-se recortes de papel em branco para que os participantes pudessem escrever seu interesse para um terceiro encontro. Diversas situações individuais

foram apresentadas como desejo de aprofundamento teórico, e no intuito de atender a demanda, as solicitações foram compiladas no tema “Manejo de Sintomas em Oncologia”.

A construção do terceiro tema foi um desafio para a equipe e, ao mesmo tempo, um grande aprendizado, pois buscou-se a aproximação da realidade da APS para que fosse possível estabelecer estratégias mínimas para o manejo dos sintomas nesse contexto de atenção à saúde. Dessa forma, trabalhou-se enquanto conteúdo a avaliação da ferida cirúrgica, considerando o retorno para casa após o tratamento cirúrgico. Com isso o profissional poderia identificar os sinais que indicam uma boa cicatrização, ou a evolução de um processo infeccioso, e a oferta de orientações que fortalecesse o autocuidado.

No mesmo encontro também foram abordadas as repercussões fisiológicas da quimioterapia antineoplásica e da radioterapia. O foco era instrumentalizar os participantes a identificarem de modo precoce as situações adversas vivenciadas pelos pacientes submetidos a essas terapêuticas, a exemplo das alterações da pele, efeitos gastrointestinais e das infecções oportunistas, sempre promovendo o autocuidado. E por fim, no terceiro encontro, trabalhou-se orientações sobre a escuta terapêutica, ou seja, o estar disponível para ouvir, atender/encaminhar corretamente a demanda do outro.

O retorno ao domicílio requer a transição de cuidados, que consiste na movimentação do paciente de um local de cuidado para outro, como do hospital para o domicílio. Essa trajetória traz vulnerabilidade à segurança do paciente e sua família, em razão de possível inconstância dos cuidados por falta ou perda de informações essenciais. A equipe multiprofissional de saúde tem um papel fundamental para instrumentalizar a família para esta transição do ambiente de cuidado hospitalar para o contexto domiciliar. Os profissionais devem considerar, além dos aspectos clínicos, as necessidades e as experiências do paciente e sua família (KUNTZ *et al.*, 2021).

É no âmbito da APS que os cuidados paliativos devem se destacar, pois esse cenário é a primeira referência, e a mais próxima, da maioria das pessoas com DCNT fora de possibilidade terapêutica de cura (KUNTZ *et al.*, 2021). Além disso, APS atua de forma importante na humanização do cuidado, favorecendo não somente a melhoria da qualidade de vida, mas também a qualidade e continuidade da assistência aos pacientes em cuidados paliativos, dentro e fora do domicílio.

O enfermeiro, nesse cenário, é o profissional que lida diretamente com a pessoa em cuidados paliativos, prestando uma série de cuidados que visam ao alívio de sintomas físicos, emocionais, espirituais, devendo, para tanto, adquirir conhecimento suficiente para atender adequadamente a essa clientela. Considera-se que a prática de enfermagem na APS favorece a identificação das necessidades de cuidados referidas pelos pacientes e familiares por ser um cenário em que a prática é centrada na pessoa, e não apenas na tarefa. Assim, o profissional de Enfermagem é fundamental para o emprego dos cuidados paliativos, sendo que sua adequada formação também é de extrema importância (PEREIRA *et al.*, 2017).

É válido ressaltar que os temas mencionados foram trabalhados em três momentos, sendo uma oficina para ACS, uma para técnicos de Enfermagem e outra para enfermeiros. Destaca-se também que a oficina era expositiva e dialogada, ou seja, durante a apresentação os profissionais de saúde poderiam sanar suas dúvidas, aprofundar o conhecimento e/ou auxiliar na construção do saber que ali era apresentado, pois considerou-se que as experiências prévias somam significativamente no aprendizado individual e coletivo.

Na percepção da equipe de extensionistas, as oficinas impactaram de duas formas para os participantes. A primeira foi no subsídio de sua práxis profissional, uma vez que lacunas de conhecimento puderam ser supridas na exposição de conteúdo ou no esclarecimento de dúvidas. O segundo impacto

tem a ver com o estímulo pela busca individual de conhecimento, seja na leitura das referências disponibilizadas, seja pelo estímulo de aprofundar-se no tema. Portanto, entende-se que as atividades educativas aqui apresentadas, atenderam aos objetivos propostos por influenciarem no cotidiano dos profissionais de saúde participantes.

Considerações finais

As ações desenvolvidas pelo Programa de Extensão promoveram a articulação do ensino, pesquisa, extensão e o serviço junto aos profissionais da APS no que tange às DCNT, com foco na DRC e nos cuidados paliativos aos pacientes com câncer. Apresentaram-se como importante processo de interação, a criação de vínculos, o desenvolvimento da análise-crítica reflexiva pelos estudantes e profissionais de saúde, a partir de cenário reais do Serviço de Saúde, valorizando o respeito às diversidades e às individualidades e o cuidado integral em saúde.

As atividades de EPS estiveram pontuadas na premissa que as equipes de saúde da APS constituem um elemento vital para a prevenção das DCNT, pois é a através das Unidades Básicas de Saúde que a população se reconhece como usuários dos serviços de saúde, e a buscam como porta de entrada para resolução de seus problemas de saúde. Trata-se de um momento em que a possibilidade de detecção dos grupos de risco torna-se fatídica, em que é possível realizar um diagnóstico precoce e encaminhamento ao serviço especializado. A detecção precoce possibilita uma melhor qualidade de vida aos pacientes, bem como redução de custos aos serviços.

Espera-se que as atividades extensionistas sejam propulsoras de um processo contínuo formativo, buscando a qualificação da assistência às DCNT

com rigor, diálogo entre as profissionais de saúde, em busca do aprimoramento das estratégias de prevenção e promoção em saúde.

Referências

ANDRADE, A. M. R.; AZEVEDO, J. M. H. O impacto do diagnóstico oncológico: contribuições da terapia cognitivo-comportamental. **Revista Científica Hospital Santa Izabel**, Salvador, v. 2, n. 18, p. 36-40, set. 2018. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-626.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.

ALENCAR, O. M. *et al.* Saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde no contexto da promoção da saúde: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, n. 59, p. 642-656, jul. 2020. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-626.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.

BECKER, R. M.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gDT5RNCrkcBNM5xbd6J65Tf/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

BOROCHOVICIUS, E.; TORTELLA, J. C. B. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 263-294, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/QQX-Pb5SbP54VJtpmvThLBTc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 8 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 8 jan. 2022.

CASTRO, R. V. R. S. *et al.* A percepção do paciente renal crônico sobre a vivência em hemodiálise. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João del-Rei, v. 8, p. 1-12, set. 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2487>. Acesso em: 16 nov. 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 77-88, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2021.

IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. **Panorama IEPS – Linhas de Cuidado na Atenção Primária**. 2021. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Panorama_IEPS_02.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.

KUNTZ, S. R. *et al.* Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. **Escola Anna Nery**,

Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Z4RhCYkM69Tbw7v7GwkbKwj/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 2973-2983, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bDmncMK4SJyPfNsNmVqzsHv/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

MARAGNO, C. A. D. *et al.* Teste de letramento em saúde em português para adultos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/kzZkT67nn6S7rfSxW8nRSLp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

NEVES, P. D. M. M. *et al.* Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200, 2020. Disponível em: <https://www.bjnephrology.org/article/censo-brasileiro-de-dialise-analise-de-dados-da-decada2009-2018-2/>. Acesso em: 19 out. 2021.

OLIVEIRA, A. P. F. *et al.* Fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 17242-17245, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24953>. Acesso em: 23 jan. 2022.

PAIXÃO, T. M. *et al.* Detecção precoce e abordagem do câncer infantil na atenção primária. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1437-1443, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231281/28907>. Acesso em: 20 jan. 2022.

PEREIRA, D. G. *et al.* Significados dos cuidados paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da APS. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 3,

p. 1357-64, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13977>. Acesso em 19 fev. 2022.

SAMPAIO, M. A. R. *et al.* Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: intervenção para detecção precoce do adoecimento renal. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 20, n. 41, p. 99-109, dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/11190>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica em Santa Catarina**. Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14728-anexo-297-plano-operativo/file>. Acesso em: 16 nov. 2021.

SANTOS, J. R. F. M. *et al.* Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Revista Saúde.com**, Vitória da Conquista, v. 13, n. 2, p. 863-870, 2017. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/466>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SILVA, T. C.; NIETSCHE, E. A.; COGO, S. B. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JbmfPk9FQjBpj9pv5HW3LrL/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 jan. 2022.

Liga Acadêmica de Atenção Primária como instrumento potencializador da formação em Enfermagem

Letícia Stake Santos
Emanoeli Rostirola Borin
Marina Klein Heinz
Alana Caroline Machado da Silva
Bernarda Cesira Cassaro
Joseane Simon
Clarissa Bohrer da Silva
Francielli Girardi

Introdução

A partir da Constituição Federal de 1988, no art. nº 207, corroborado pelos artigos nº 52, 53 e 54 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, estabeleceu-se que as universidades brasileiras devem executar atividades de ensino, pesquisa e extensão de maneira indissociável (BRASIL, 1988, 1996). Ainda, a educação superior deve estimular o desenvolvimento científico e do pensamento reflexivo, além de incentivar a pesquisa e investigação científica, visando, assim, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia (BRASIL, 1996).

Na área da saúde, a formação de profissionais vinculou-se, essencialmente, ao atendimento das demandas decorrentes da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as necessidades apresentadas pela transição demográfica e o perfil epidemiológico da população (XIMENES NETO *et al.*, 2020). Portanto,

os currículos dos cursos da área da saúde devem promover o desenvolvimento de habilidades técnicas, pessoais, para assistência e gerência, a fim de garantir o fortalecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos Cursos de Graduação em Enfermagem, a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2010), associadas às políticas de educação em saúde, contribuiu para a regulamentação de projetos pedagógicos que priorizassem a formação multidimensional da prática profissional, assegurando os conhecimentos técnicos, éticos, sociais e políticos. Dessa forma, é possível promover um ensino integrado do conhecimento teórico-prático aliado a uma visão global das diferentes realidades e que assegure a indissociabilidade das bases biológicas e sociais dos cuidados de Enfermagem. Além disso, as DCNs buscam fortalecer o tripé universitário, estimulando a pesquisa, ensino e extensão, disponibilizando à comunidade científica conhecimentos inovadores e relevantes para prática profissional (XIMENES NETO *et al.*, 2020).

Entretanto, apesar do amplo reconhecimento da importância das DCNs, a formação de profissionais enfermeiros enfrenta algumas dificuldades, como a lógica biomédica presente na prática de muitos docentes, o ensino-aprendizagem voltado para assistência hospitalar e focado em especialização para áreas lucrativas. A carência de vivências extensionistas dificulta a formação de profissionais que assegure a associação entre habilidades técnicas de assistência à saúde, com o contexto social, econômico, ambiental, político e cultural em que a população está inserida (XIMENES NETO *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, as Ligas Acadêmicas (LA) destacam-se como um importante instrumento potencializador da formação, com vistas a minimizar os impactos de uma estruturação fragmentada entre ensino teórico-prático, pesquisa e extensão, bem como contribuem para o desenvolvimento interprofissional e de competências individuais e coletivas. São associações civis e científicas livres,

de duração indeterminada e sem fins lucrativos, que visam complementar a formação acadêmica (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

A região sudeste do Brasil concentra 80% das LA existentes no país, com predominância do curso de Medicina, seguido da Psicologia e Enfermagem, sendo 80% destas Ligas vinculadas a universidades públicas. Entre as atividades desenvolvidas pelas LA, em ordem de prevalência, estão: ações de educação em saúde; atividades assistenciais em saúde; publicação de trabalhos científicos; participação em eventos científicos; vínculo com linhas de pesquisa; organização de eventos de ensino; oficinas; ensino prático, discussão de casos clínicos e, aulas expositivas (SILVA *et al.*, 2020). Ainda, a extensão é considerada o pilar de sustentação da LA, integrando o ensino, no que se refere ao aprofundamento teórico e ao adensamento das habilidades práticas; e a pesquisa, pautada nas lacunas de desenvolvimento teórico-prático (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

As potencialidades de uma LA direcionada à Atenção Primária à Saúde (APS) para a formação em saúde, têm como destaque: a imersão no território; a construção de vínculos com a comunidade; a prática de cuidados sob supervisão; a disponibilização de serviços de saúde à comunidade; e a educação em saúde para a população (SOUSA *et al.*, 2021). Portanto, evidencia-se a importância de colaborar com a constituição e atuação de LA nos cursos de graduação em saúde, especialmente de Enfermagem.

Nesse sentido, este capítulo objetiva descrever as contribuições da Liga Acadêmica de Atenção Primária e Saúde da Comunidade (LAAPESC) para a formação em Enfermagem.

Ao final da leitura deste capítulo, o leitor poderá notar as contribuições academicistas de uma LA como instrumento potencializador da formação de profissionais engajados na defesa de uma APS forte e do SUS igualmente forte, conforme preconizam as diretrizes curriculares do curso de Enfermagem.

Atenção Primária à Saúde e a formação de profissionais para atuação na Saúde da Família

A APS emerge como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas de forma individual ou coletiva. Na condição de assistência, a APS corresponde à porta de entrada aos sistemas de saúde e é, usualmente, representada por serviços ambulatoriais que se direcionam às necessidades de saúde básicas de uma população em determinado território (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

A fim de garantir a efetividade da atenção à saúde, com estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde, a APS possui quatro atributos essenciais, definidos como estruturantes e norteadores. São eles: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cumpre o papel de orientação dos serviços de saúde quanto ao modelo de atenção e gestão do trabalho, em consonância com as Leis n. 8.080 e n. 8.142, de 1990, e com os princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, a PNAB tem a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da APS desde os anos 1990, e, progressivamente, até a sua última edição, em 2017, que, infelizmente, apresentou alguns retrocessos com a definição de padrões distintos de serviços, fortalecendo métodos de atendimento baseados na queixa conduta, contrapondo as atenções integral e holística (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Além disso, a APS tem enfrentado recorrentes desafios, sejam eles decorrentes da formação de profissionais de saúde pautada ainda no modelo biomédico, da necessidade da (re)organização dos processos de trabalho, da falta de articulação entre os entes federativos, do avanço de pensamentos e posturas

políticas sucateadoras do SUS e dos atributos da APS, de uma gestão deficiente, ou, ainda, de enfrentamento de novos agravos, como a COVID-19. Entretanto, com a mudança do modelo de atenção integral, associada à implantação da ESF, tem-se a necessidade de formar profissionais preparados para atuar na APS e para superar os atuais desafios como parte do complexo processo de atenção à saúde, devendo focar, não apenas na atenção às doenças, mas também se mantendo atuante em uma assistência dirigida à prevenção da doença, promoção e manutenção da saúde e atento às mudanças políticas e sociais que possam enfraquecer ou potencializar tal prática (STURMER *et al.*, 2020).

Para que se efetive o modelo de atenção integral, a interdisciplinaridade é uma peça-chaves do trabalho em equipe multiprofissional da ESF, equipe esta que é minimamente composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de Enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e pode, ainda, contar com a equipe de saúde bucal (composta por cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) (BRASIL, 2017). Em vista disso, os profissionais devem atuar de maneira interprofissional, levando em conta suas competências pessoais e colaborativas juntamente com os recursos estruturais disponíveis (STURMER *et al.*, 2020).

A formação, a qualificação e o perfil diferenciado dos profissionais têm influência direta no cuidado aos usuários do sistema, sendo necessário destacar a importância de, não só trabalhar em equipe, mas também de ser capaz de desenvolver e organizar ações que enfatizem o vínculo entre equipe, comunidade e os demais setores envolvidos na promoção da saúde (STURMER *et al.*, 2020).

Em se tratando, especificamente, dos enfermeiros(as), estes podem ser agentes assistenciais ou gerenciais e coordenadores da equipe multiprofissional e do serviço como um todo. Em ambos os casos, o(a) enfermeiro(a) assume, cada vez mais, um papel decisivo e proativo no que se refere à identificação de necessidades, promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos aos indivíduos

e comunidades; e que apresenta reflexos a nível regional e, até mesmo, nacional. Dessa forma, o enfermeiro é reconhecido pela capacidade de compreender o indivíduo como um todo; pela capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias; de compreender as diferenças sociais; e de promover a interação entre equipe multiprofissional, usuários, famílias e comunidade; o que corresponde às expectativas da ESF e do cuidado integral à saúde (MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Para tal, a qualificação desejada dos enfermeiros e demais profissionais da saúde exige um ensino que seja articulado com as técnicas e políticas dos serviços de saúde. Infelizmente, alguns fatores têm impacto negativo sobre essa qualificação, como: universidades privadas focadas apenas nos fins lucrativos; cursos de graduação à distância; baixa oferta de programas de residência em Saúde da Família; falta de valorização da especialidade; e falta de investimentos e governança do SUS (THUMÉ *et al.*, 2018). Para superar tais dificuldades, é preciso reconhecer a importância de valorizar os cursos de graduação e a especialidade em saúde da família; construir estratégias de enfrentamento das adversidades em rede, considerando os contextos de crise; desenvolver projetos de extensão que insiram estudantes na realidade, entre outros (THUMÉ *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, a partir de 2005, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, passou a desenvolver programas/projetos que estimulam a parceria das universidades com os serviços de saúde, com foco na extensão universitária. Em um contexto de ensino mais próximo da realidade social das famílias, em consonância aos ideais de fortalecimento do SUS, pode-se destacar os programas/projetos: o programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED); o projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) (MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Até 2011, essas ações haviam contribuído para a melhoria do sistema de saúde e da educação, mas ainda não tinham sido suficientes para garantir um ensino direcionado ao acompanhamento das mudanças dos processos produtivos e dos aspectos referentes ao mercado de trabalho (MONTENEGRO; BRITO, 2011). Considerando a crise política, iniciada em 2016, que vai de encontro aos ideais neoliberais, somada à crise sanitária, a partir de 2020, com a pandemia da COVID-19, esse cenário agravou-se, prejudicando a saúde e a educação públicas.

Em vista disso, para que a APS se fortaleça e seja capaz de manter-se como elo ordenador do cuidado, é urgente que a formação dos profissionais para atuação na Saúde da Família aconteça de forma articulada entre as Instituições de Ensino Superior (IES), os serviços e as esferas gestoras de saúde e a comunidade. Isso garantirá que os serviços contem com profissionais que conhecem as realidades sociais nas quais estão inseridos e, conseqüentemente, sejam capazes de formular projetos e ações resolutivas no que diz respeito às demandas em saúde.

Protagonismo estudantil: Ligas Acadêmicas voltadas à APS

A formação de profissionais de saúde para atuação no modelo de cuidado da APS destaca a necessidade de um ensino colaborativo, que envolva professores, estudantes, usuários, gestores, profissionais da saúde e comunidade por meio de ações de ensino, pesquisa e extensão universitária. Além disso, tem por base a educação pautada na problematização e na transformação da realidade, com ações interventivas em busca de um atendimento em saúde que, além da melhora da qualidade de vida dos usuários, amplie o protagonismo do indivíduo e suas famílias (MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Em relação ao ensino direcionado para formar enfermeiros, as DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem normatizam e direcionam a formação enfatizando os determinantes sociais em saúde e orientando os princípios do SUS (BRASIL, 2010). De acordo com essas diretrizes, os profissionais de Enfermagem

devem possuir formação generalista, pautada na assistência humanista, crítica e reflexiva, abordando conceitos de sociologia em saúde, ciências humanas, ciências biológicas, fundamentos de administração, pesquisa e ensino (BRASIL, 2010).

Ainda, na perspectiva do funcionamento do SUS voltado às ações de promoção da saúde e prevenção da doença, as diretrizes curriculares reafirmam que futuros enfermeiros necessitam desenvolver competências voltadas à APS, como atuação interdisciplinar, assistência à família e comunidade, reconhecimento de território, entre outras. Portanto, ações de pesquisa e extensão, protagonizadas por acadêmicos nos serviços de APS, possibilitam o desenvolvimento destas competências (BASTOS *et al.*, 2012).

De maneira geral, as LA possuem como objetivo norteador estabelecer ações de ensino, pesquisa e extensão, sendo o principal diferencial o protagonismo estudantil. O desejo de aprofundar-se sobre determinado tema do conhecimento e/ou de aproximar-se de serviços de saúde e usuários para consolidar os aprendizados teóricos e práticos constitui o movimento inicial para implementação de tais grupos, pautados por provocações e anseios de estudantes (SOUSA *et al.*, 2019).

Atualmente, se reconhece a APS como um campo prático, território de ensino e aprendizagem da formação profissional e de suas atividades extensionistas. A presença e a atuação de estudantes na APS proporcionam melhorias na qualidade da assistência aos usuários devido à ação conjunta destes com os profissionais de saúde, contribuindo para tornar o SUS mais eficiente, democrático, crítico, humanístico e transformador da realidade social (NUNES JUNIOR; VASCONCELOS; ARANTES, 2018).

Processo de fundação da LAAPESC-UDESC

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) possui algumas especificidades, como: estar localizado

em um Campus sem outros cursos da área da saúde, dificultando as vivências interdisciplinares com outras subáreas de conhecimento; o desafio de articular com cursos das áreas de engenharias e de ciências agrárias; e a organização curricular do curso que ainda destina a maior parte da carga horária em ambientes de prática em atenção hospitalar, denotando a necessidade dos acadêmicos de se aproximarem da APS por meio de outras ações de ensino, pesquisa e extensão.

Tendo isso em vista, o processo de fundação da LAAPESC aconteceu em virtude do anseio de estudantes do curso de Enfermagem da UDESC em aprofundar as discussões e reflexões críticas acerca da APS em se aproximar dos referidos serviços de saúde por meio de ações de extensão. A ideia, especificamente, surgiu de duas estudantes que participaram do VER-SUS no ano de 2020, na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Ao retornarem para a instituição de origem, perceberam a necessidade de aprimorar o movimento popular em saúde na Universidade. Portanto, a formação de uma LA teria o objetivo de ampliar e aprofundar os estudos sobre a APS.

Dessa forma, no primeiro semestre de 2020, uma pequena equipe de discentes e docentes foi mobilizada para cumprir com demandas regimentais e institucionalizar a Liga por meio de um estatuto – o que foi um desafio, pois a Universidade ainda não possuía um regimento específico para tratar das LA e estas são vinculadas a projetos de extensão. No caso da LAAPESC, ela constitui uma das ações do Programa de Extensão: “Fortalece APS: qualificação para o trabalho em saúde e valorização da enfermagem”, sob coordenação de uma das orientadoras da liga. Além do estatuto, ocorreram reuniões virtuais para o planejamento das atividades anuais, contemplando, basicamente, ações *on-line* devido à pandemia de COVID-19.

Atualmente, a LAAPESC conta com membros juniores, seniores e diretoria, além de professoras orientadoras que se identificam, pesquisam e estudam as áreas da saúde coletiva. Com enfoque na APS, seu processo de ensino almeja ser capaz

de estimular aos futuros profissionais a articulação entre teoria e prática sobre as diferentes dimensões do processo de trabalho em saúde, de forma a contemplar assistência, gerência, educação, investigação e participação política.

Contribuições da LAAPESC para formação em Enfermagem

O desenvolvimento das atividades da LAAPESC possibilita que as ligantes desenvolvam competências específicas, comuns e colaborativas, que promovem o trabalho em equipe ao adentrarem nos serviços de saúde com equipes multiprofissionais. O trabalho multidisciplinar e intersetorial, por meio de atividades voltadas à sociedade, acarreta benefícios tanto para o estudante quanto para os profissionais e usuários do SUS.

A LAAPESC é uma entidade estudantil fundada em uma realidade pandêmica no ano de 2020, em que o uso das mídias sociais foi um aliado e primordial para atingir a comunidade acadêmica e o público externo, com conteúdos planejados e discutidos entre a equipe, divulgados por meio de aplicativos como *Instagram*, *Facebook*, *YouTube* e *WhatsApp*. Destaca-se que o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) revolucionou as formas e os métodos do processo de ensino-aprendizagem e de atuação em saúde, com vantagens no que diz respeito à diminuição do uso excessivo de impressos, às facilidades e à velocidade dos acessos; e com desvantagens quanto à falta de contato social, às iniquidades sociais e consequentes disparidades de alcance (GALVÃO *et al.*, 2021).

A primeira postagem da LAAPESC no *Instagram* buscou trazer um conteúdo capaz de envolver os usuários das mídias sociais de maneira dinâmica e interativa e, assim, publicou-se o *Quiz*: “Quão usuário(a) do Sistema Único de Saúde você é?”, que, com mais de 4.157 contas alcançadas, 830 “curtidas”, 489

compartilhamentos, 65 salvamentos e 44 comentários, auxiliou na garantia de mais de 650 seguidores no perfil da Liga.

Seguindo a mesma linha de interação com o público por meio de perguntas e respostas, também foi construído um *Quiz* intitulado: “Quanto você conhece sobre a história do SUS?”, além de outras enquetes sobre temas atuais variados, dentre eles: Vacinação contra COVID-19; Uso Racional de Medicamentos; Teste do Pezinho; Esclerose Múltipla; Fibrose Cística; Papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Outubro Rosa; Novembro Azul; Mulher Revolucionária na Saúde; entre outros.

Outros materiais audiovisuais foram elaborados e divulgados pela LAAPESC nas mídias sociais, como uma animação contando a história do SUS, desde antes da chegada dos portugueses no país até os dias atuais e a importância dos movimentos sociais para a construção desse sistema. Também, aconteceram publicações de vídeos com convidados(as) que fizeram alguns relatos, tais como: relatos de experiência de mães de crianças no espectro autista; entrevista com enfermeira obstetra e coordenadora do alojamento conjunto do Hospital Regional do Oeste (HRO) no Dia Internacional de Doação de Leite Humano; entrevista com biólogo – da Secretaria da Saúde (SESAU) do município de Chapecó – no Dia Nacional de Combate da Leishmaniose, em que os dois últimos foram construídos em parceria com esses serviços.

Ainda, percebendo a demanda cada vez mais urgente de conteúdos de rápida absorção para ser consumido pelo público, criaram-se vídeos curtos, de, no máximo 30 segundos, sobre: o Dia Mundial do Doador de Sangue, o Dia Nacional da Mulher Negra, o Dia Nacional da Prevenção de Acidentes de Trabalho, o Dia Nacional da Conscientização da Doença de Alzheimer, a Semana de Prevenção da Violência na Primeira Infância, ao mês da prematuridade (novembro), o Dia Internacional da Enfermagem, entre outros. Esses vídeos variaram de 1,5 mil até mais de 9,7 mil visualizações por vídeo.

Ao longo desse um ano e meio de existência da liga, a sua página no *Instagram* conta com 670 seguidores e 68 publicações, sendo estas últimas em formatos de imagens e vídeos. Acumula um total de 2.611 curtidas, tendo como média 48 curtidas por *post*. O número de pessoas que foram alcançadas pelas postagens é igual a 20.384, tendo um alcance médio de 377 contas. O montante de compartilhamentos é igual a 1.522, com uma média 28 compartilhamentos por publicação.

A LAAPESC busca manter suas mídias sociais atualizadas com postagens de cunho científico e informativo a fim de garantir o acesso a referências seguras para aqueles(as) que fazem uso das TIC, pois é desafiador conquistar o interesse e o engajamento das pessoas frente a um cenário carregado de informações rápidas e, por vezes, duvidosas. Uma vez que os eventos presenciais não eram uma possibilidade devido à pandemia, as *lives* e eventos on-line foram importantes para a manutenção do processo de aprendizagem e crescimento da LAAPESC.

Sendo assim, a LAAPESC organizou e executou, por meio de transmissões ao vivo (*lives*) em seu canal no *YouTube*, debates para a sociedade em geral, mas, principalmente, para estudantes, professores e profissionais ligados às áreas da saúde, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre diferentes temáticas. A organização foi realizada mediante convites aos palestrantes, definição de datas, planejamento do protocolo da *live* e divulgação.

A primeira *live* teve como tema “A Saúde do Trabalhador no Contexto da Pandemia de COVID-19”. O tema foi escolhido a partir da reflexão quanto a conjuntura política, social e sanitária em que os trabalhadores se encontram no Brasil. A atividade foi organizada em parceria com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Chapecó em alusão à Semana Municipal de Prevenção de Acidentes e Saúde do Trabalhador (SEMPAT).

A segunda *live* ocorreu com o tema “Impactos nas Condições e Modo de Vida das Populações Vulneráveis na Atualidade Brasileira” com foco no Dia

Nacional do Assistente Social, comemorado anualmente nesta data com a intenção de homenagear esse membro ativo na luta pelos direitos humanos e salientar a importância do assistente social e do atendimento multiprofissional.

A terceira *live* apresentou a temática “Atuação de Enfermagem no Contexto Intercultural”. O evento foi organizado em parceria com outra LA da UDESC e contou com diálogo de duas profissionais especialistas na abordagem referente ao cuidado de Enfermagem na saúde indígena relacionada ao contexto intercultural. A quarta e última *live* do ano de 2021 trouxe o tema “HIV + COVID-19: as pandemias das iniquidades”, salientando a campanha Dezembro Vermelho, voltada para a prevenção, a assistência e a proteção das pessoas infectadas com o HIV.

Ao longo dessas quatro transmissões ao vivo, com diferentes especialistas, foi atingida a média de 137 visualizações a cada *live*, com um total de 546 pessoas que assistiram às transmissões.

Outra atividade de promoção da saúde realizada pela LAAPESC, em parceria com a SESAU, foi a elaboração de cartilhas em que foram abordadas as principais problemáticas relacionadas à saúde das mulheres imigrantes, público com quantitativo significativo no município, principalmente provenientes do Haiti. Houve a construção de um material de educação em saúde (sobre câncer de mama e do colo de útero; a utilização de métodos contraceptivos e o planejamento reprodutivo; a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), com enfoque na sífilis, devido à incidência da doença nessa população; direitos da mulher gestante no Brasil e a importância da amamentação), na língua nativa haitiana – o crioulo, com a parceria de uma intérprete de origem haitiana, que trabalha junto ao município.

Esse material foi divulgado nas mídias sociais e estão sendo promovidas oficinas acerca das temáticas nas Unidades Básicas de Saúde, em uma parceria com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) de

Chapecó. Tendo em vista as diferenças culturais e linguísticas existentes, o material e a disponibilidade das oficinas com a presença de uma intérprete proporcionam direcionamento adequado da abordagem dos assuntos e com acolhimento a essa população.

Tratando-se de um dos processos de ensino cabíveis a uma LA, a LAAPESC, também, desenvolve aulas fechadas entre as ligantes e as professoras orientadoras, por vezes, com convidados(as) externos(as) à universidade. Considera-se que educar consiste em um processo que vai muito além da transmissão de conteúdo, que deve estimular o exercício de reflexão e da crítica transformadora, sendo capaz de levar em conta os diferentes saberes e a aplicabilidade destes à realidade na qual os estudantes estão inseridos (ARAÚJO *et al.*, 2019). Assim, com o diferencial do protagonismo estudantil, isso auxilia na promoção de cenários diferentes para emancipação dos estudantes, incentivo a autonomia por meio de raciocínio clínico e crítico com respeito às diferenças.

A LAAPESC apresenta-se como uma LA atuante na formação cidadã dos estudantes e na interação dialógica da comunidade acadêmica com a sociedade por meio de articulação entre ensino/extensão/pesquisa, expressando o compromisso social da UDESC e sua atuação na produção e na construção de conhecimentos voltados para o desenvolvimento social, equitativo, sustentável, coerente com a realidade brasileira, indo ao encontro da regulamentação da Política de Extensão Universitária dessa instituição de ensino (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2019).

Sendo assim, a LA vislumbra-se como uma importante estratégia de ensino, mesmo que ainda não seja de forma sistematizada ao currículo universitário. Também, destaca-se como produto da extensão, por meio de suas ações interventivas na comunidade, e de pesquisa, tendo em vista a participação da maioria das ligantes no Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) da UDESC, especialmente fazendo parte de um projeto de pesquisa de avaliação

dos atributos da APS no município. Essa articulação do tripé universitário, através do desenvolvimento das atividades da LA, corrobora para fortalecer e embasar o conhecimento científico, contribuindo para a formação profissional, além de promover a reflexão crítica e a promoção da saúde junto à comunidade (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

Considerações finais

Este capítulo descreveu as contribuições da LAAPESC para a formação em Enfermagem. Destacaram-se as contribuições de uma LA como instrumento potencializador da formação de profissionais engajados na defesa de uma APS forte e do SUS, conforme preconizam as diretrizes curriculares do curso de Enfermagem por meio da articulação do tripé universitário ensino-pesquisa-extensão.

As instituições de ensino, especialmente as públicas, que possuem cursos de graduação nas ciências da saúde, necessitam comprometer-se em cumprir com seu papel social e de devolutiva à sociedade por meio de ações de ensino, pesquisa e extensão. Estas ações devem estar pautadas nos princípios do SUS, propiciando debates intersetoriais, multidisciplinares e que busquem, na própria comunidade, seus vieses de discussão e aprimoramento profissional.

Garantir esse diálogo entre universidade, comunidade e serviços de saúde é uma peça-chave para que a construção do conhecimento científico contemple novas ideias e novas ações que atendam às necessidades em saúde, visando formar profissionais de saúde humanizados, com um olhar holístico, equânime e integral sobre os usuários do SUS. Nesse sentido, as LA constituem-se como instrumento capaz de promover interlocuções que, através do protagonismo estudantil, garantam a melhoria da formação profissional dentro e fora dos muros acadêmicos.

Nesse sentido, a LAAPESC, tem demonstrado contribuições tanto para o sistema público de saúde quanto para a formação de profissionais de Enfermagem engajados em assistências éticas e humanizadas e que vão ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS. Destaca-se a priorização dos domínios do conhecimento, competências e habilidades demandados para atuação no mercado de trabalho como futuros profissionais de saúde, representando uma atividade complementar de ensino e consistente em relação à legislação educacional superior no Brasil e às diretrizes específicas ao curso de Enfermagem.

Referências

ARAÚJO, C. R. C. *et al.* Contribuição das Ligas Acadêmicas para o processo ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 3-8, jul. 2019. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Contribui%C3%A7%C3%A3o-das-Ligas-Acad%C3%Aamicas-para-o-processo-ensino-aprendizagem-na-gradua%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.

BASTOS, M. L. S. *et al.* O papel das ligas acadêmicas na formação profissional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 38, n. 6, p. 803-805, 2012. Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/about-the-authors/1762/en-US>. Acesso em: 8 dez. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 17 jan. 2022.

CAVALCANTE, A. S. P. *et al.* Em busca da definição contemporânea de “ligas acadêmicas” baseada na experiência das ciências da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190857>. Acesso em: 8 dez. 2021.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Resolução Nº 015/2019 – CONSUNI**. Institui e regulamenta a Política de Extensão Universitária da Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. 2019.

GALVÃO, M. C. B. *et al.* Usos de tecnologias da informação e comunicação no ensino superior em Enfermagem durante a pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Information Science: research trends**, Marília, v. 15, p. 1-25, maio 2021. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/bjis/article/view/11502>. Acesso em: 9 abr. 2022.

MONTENEGRO, L. C.; BRITO, M. J. M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 29, n. 2, p. 410-417, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400009>. Acesso em: 17 dez. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt>. Acesso em: 13 nov. 2021.

NUNES JUNIOR, J. R.; VASCONCELOS, C. R.; ARANTES, A. C. P. Formação para o trabalho no SUS: um olhar para o núcleo de apoio à Saúde da Família e suas categorias profissionais. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, Curitiba, v. 4, n. 7, p. 15-26, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/798>. Acesso em: 8 dez. 2021.

SILVA, S. S. F. da *et al.* Perfil e produções das ligas acadêmicas de ciências da saúde no Brasil: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 9, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/7775/6955/112704>. Acesso em: 8 dez. 2021.

SOUSA, F. W. M. *et al.* Academic league and community: extension experiences in the scope of Primary Care. **Revista Enfermagem UFPI**, Teresina, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2021. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/4b78/8560d242acf508dccfd0e6e09ca940d81751.pdf?_ga=2.190752227.916289201.1652835080-1141212283.1652835080. Acesso em: 17 jan. 2022.

SOUSA, J. A. *et al.* Formação política na graduação em enfermagem: o movimento estudantil em defesa do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp., p. 312-321, dez. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/312-321/>. Acesso em: 17 jan. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

STURMER, G. *et al.* Perfil dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde vinculados ao Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. **Revista Conhecimento**, Novo Hamburgo, v. 1, n. 12, p. 4-26, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1639/2453>. Acesso em: 17 jan. 2022.

THUMÉ, E. *et al.* **Formação e prática profissional de médicos e enfermeiros na APS**. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS, 2018. Texto Preparatório para o ABRASCÃO 2018. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Thume%CC%81Acioliet-alAFormacaoepraticame%CC%81dicosenfermeiros2018.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2022.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37-46, jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6SbH4JGK5HTvkc3xy5fZJXC/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2022.

Produção de tutoriais educacionais sobre processamento de produtos para saúde na Atenção Primária

Carolina Gerhardt Primaz
Jessyca Zanetti Malgor Oliveira
Rita Catalina Aquino Caregnato

Introdução

O processamento de produtos para saúde (PPS) é essencial para garantir a segurança da assistência prestada ao paciente nos serviços de saúde (SS). Pode ser compreendido como um conjunto de ações realizadas com a finalidade de assegurar a qualidade de desinfecção e/ou esterilidade dos materiais fornecidos (ANVISA, 2012).

O nível de criticidade técnica no PPS varia conforme as características e complexidades dos procedimentos. Esta unidade funcional e de apoio técnico (ANVISA, 2012), conhecida como Central de Material e Esterilização (CME), deve existir em todas as instituições de saúde e deve seguir as etapas fundamentais no PPS para não comprometer a segurança dos pacientes (SOBECC, 2017).

A CME conquistou destaque e relevância nos últimos anos graças ao amparo de novas publicações normativas associadas aos avanços científicos e tecnológicos. Com o aumento da assistência ambulatorial na atenção primária à saúde (APS) (RIBEIRO; SCATENA, 2019), surgiu a necessidade de avaliar, também, a qualidade no PPS, no qual, frequentemente, identifica-se carências de: estrutura, recursos, tecnologia, pessoas, processos e gestão, causando impacto direto na qualidade do processamento dos materiais (ANVISA, 2012; RUTALA; WEBER, 2019). Um dos pilares no manejo dos materiais para o controle e prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) engloba a garantia na redução ou eliminação microbiana, bem como a manutenção da funcionalidade e integridade do material submetido ao processamento (RUTALA; WEBER, 2019).

Nos cuidados em saúde, o cumprimento das etapas de PPS deverá garantir a segurança dos usuários, o que implica processos nos quais o atendimento clínico atenda aos critérios ou padrões estabelecidos. A falha desses critérios e padrões tem como consequência o surgimento de eventos adversos (EA), que podem acarretar desde uma reação pirogênica até a morte do paciente (WHO, 2008; MACEDO *et al.*, 2020).

Considerando a importância do adequado PPS e os impactos acarretados sob a segurança, controle de infecção e qualidade da assistência aos usuários dos serviços da atenção primária (AP), surgiu a motivação deste estudo. O contexto de amplitude da APS acarreta condições de vulnerabilidade (CARMO; GUIZARDI, 2018) ao necessitar conceder diversificadas ações na prestação de serviços à comunidade com recursos escassos num cenário cada dia mais desafiador.

Nesse contexto, este capítulo, inicialmente, buscou investigar como os materiais utilizados na assistência da saúde na atenção primária são processados para garantir a segurança aos usuários e, após conhecer as fragilidades do PPS

na APS, tornou-se objetivo elaborar tutoriais educacionais relacionados ao processamento de produtos para saúde na atenção primária à saúde a partir do diagnóstico situacional.

Métodos

Trata-se de um estudo metodológico (MBUAGBAW *et al.*, 2020) realizado em três etapas: 1) elaboração de uma revisão integrativa; 2) pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa e com profissionais que atuam em algumas Unidades de Saúde (US) no município de Porto Alegre; e 3) elaboração de três vídeos tutoriais utilizando as diretrizes do Design de Sistemas Instrucionais (DSI), aplicando o modelo ADDIE, abordando o processamento de produtos para saúde direcionado aos serviços de atenção primária à saúde (COGO; PERRY; SANTOS, 2015).

A revisão integrativa permitiu a identificação de achados primários sobre o assunto pesquisado e a verificação do estado de conhecimento atualizado. Essa etapa teve como objetivo analisar as publicações científicas com temas sobre educação em CME. Essa revisão foi publicada na revista SOBECC (PRIMAZ *et al.*, 2021).

O campo de ação da pesquisa exploratória foi o distrito docente assistencial de uma Universidade Federal gaúcha, constituído por 25 unidades de saúde. A amostra intencional, direcionada aos profissionais que atuavam diretamente com PPS, incluiu enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, odontólogos e auxiliares de odontologia. Trinta e um profissionais responderam voluntariamente ao questionário *on-line*, ao longo dos cinco primeiros meses de 2021, e contou com divulgações através da gerência distrital do serviço de APS, *e-mails* e mensagens de *WhatsApp*, e, posteriormente, contato direto das pesquisadoras através de coleta telefônica e/ou presencial. O instrumento

possuía perguntas abertas e fechadas, estruturadas em formato eletrônico na ferramenta *Google Forms*, direcionadas às quatro etapas do processamento de materiais: limpeza, preparo, esterilização/desinfecção e armazenamento. Entre as variáveis coletadas no questionário, havia: conhecimentos técnicos, conceituais e prático-assistenciais na área de PPS. Os dados coletados foram armazenados em planilha eletrônica Excel e os resultados foram apresentados através de estatística descritiva (frequência e percentual).

A referida pesquisa seguiu a legislação vigente, sendo iniciada após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o anonimato dos participantes.

O desenvolvimento dos tutoriais educacionais empregou o modelo ADDIE de *design* instrucional até a sua quarta fase. Esse modelo é composto por duas etapas, divididas em cinco fases: análise (*analysis*), desenho ou projeto (*design*), desenvolvimento (*development*), implementação ou execução (*implementation*), e avaliação (*evaluation*). A primeira etapa refere-se à concepção e subdivide-se em análise, desenho e desenvolvimento. A segunda etapa se refere à execução, e se divide em implementação e avaliação (TIBES *et al.*, 2017).

A elaboração da série de vídeos tutoriais denominou-se: Tutoriais Educacionais sobre Processamento de Produtos para Saúde para a Atenção Primária. O desenvolvimento dos vídeos tutoriais ocorreu em três etapas, a saber: elaboração do roteiro em português e tradução deste roteiro para língua inglesa, gravação e edição dos áudios, e produção dos vídeos utilizando a ferramenta *Vyond* (www.vyond.com).

A etapa de concepção contemplou os dados obtidos na pesquisa de campo associado a uma revisão integrativa na área temática, permitindo analisar, desenhar e desenvolver o projeto dos tutoriais educacionais. Na terceira fase

dessa etapa, foi utilizada a plataforma por assinatura mensal *Vyond* para o desenvolvimento dos vídeos.

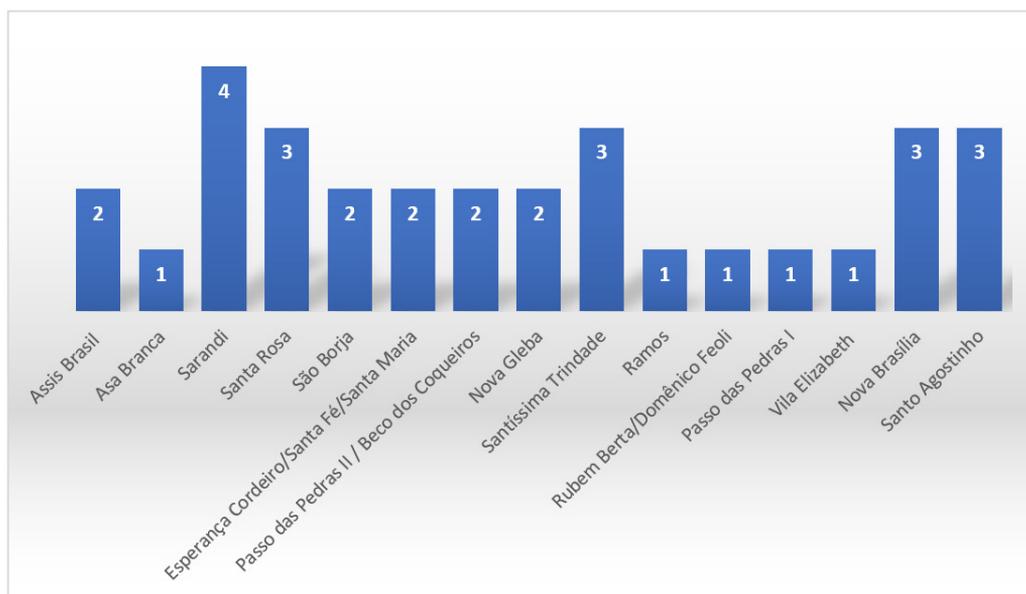
A etapa de execução consiste na implementação e na avaliação do produto. A implementação efetiva desta série de vídeos está em andamento a partir de sua publicação em uma plataforma de compartilhamento de vídeos da SMSPA, denominada Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde (BVAPS). Concomitantemente, os vídeos estão disponíveis para livre acesso no *YouTube* (vídeo 1: https://youtu.be/B1wdSev6j_s; vídeo 2: <https://youtu.be/uDetj1kpORc>; vídeo 3: <https://youtu.be/NlbUblGwrKM>) e no *site* da SOBECC (<https://sobecc.org.br/artigo/confira-a-playlist-de-videos>) e no *site* da SOBECC. A fase de avaliação do produto ocorrerá com base nos comentários (sugestões e críticas relacionadas ao conteúdo do produto educacional) e está numa perspectiva de desenvolvimento.

Resultados e discussão

O período pandêmico de COVID-19 impactou o cronograma da pesquisa de campo, acarretando baixa adesão de participação, pois a população-alvo da pesquisa estava atuando na campanha de vacinação populacional, sendo necessário reorganizar a abordagem e dinâmica de coleta de dados.

Obteve-se uma amostra representativa do distrito docente assistencial, em que participaram 31 profissionais que atuam no PPS de 19 unidades de saúde, das 25 unidades incluídas no estudo, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos participantes conforme Unidade de Saúde do distrito Eixo Norte Baltazar. 2021. Brasil



Fonte: elaboração das autoras (2021).

A maior parte das perguntas buscou identificar: os fluxos e rotinas empregados no reprocessamento dos materiais de reuso, os insumos e testes usados em cada etapa do processo, bem como a organização assistencial para o desempenho das atividades que englobam o PPS. Para as perguntas de avaliação quanto à compreensão conceitual de termos específicos à área e práticas empregadas rotineiramente no PPS pelos profissionais, as respostas descritivas obtidas foram classificadas em duas categorias: compreende e não compreende, conforme apresenta-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Tabela de categorização das perguntas abertas sobre conceitos em Processamento de Produtos para Saúde. 2021. Brasil

Perguntas Conceituais		
	n	%
O que você entende como processamento de produtos para saúde? O que é?		
Compreende	20	64,5
Não compreende	11	35,5
O que é esterilização?		
Compreende	25	80,6
Não compreende	6	19,4
Qual é a diferença entre desinfecção e esterilização? Como você escolhe usar um ou outro?		
Compreende	24	77,4
Não compreende	7	22,6

Fonte: elaboração das autoras (2021).

Embora a maior parte dos participantes tenha apresentado respostas às perguntas conceituais e que demonstraram uma compreensão satisfatória dos temas abordados, alguns *feedbacks* obtidos dos participantes, tanto no próprio questionário quanto em conversa informal ao final da aplicação dos questionários, colocaram em dúvida as respostas obtidas. Diferentes participantes mencionaram que, antes de ser perguntado, não tinham consciência ampla do conceito e do termo técnico ao qual se relacionava. Adicionalmente, mencionaram consulta de pesquisa na *internet* para preenchimento das respostas do questionário.

Constatou-se que profissionais com maior tempo de atuação na APS aplicam práticas desatualizadas e possuem “vícios profissionais”, colocando em risco a manutenção de rotinas e os protocolos estabelecidos para o PPS.

Como exemplo, menciona-se o uso, frequentemente observado, de detergente doméstico substituindo o detergente enzimático por livre escolha do profissional ao sentirem “irritação” cutânea e ocular, associado ao déficit de conscientização no uso de equipamentos de proteção individual (EPI). Em contrapartida, profissionais com menor tempo de atuação na APS, com vivências pregressas em hospitais ou serviços próprios de esterilização de materiais, demonstraram maior conhecimento conceitual, mas desinteresse em atuar com PPS na APS. Como justificativa, foi citada a ausência de novos aprendizados em PPS, carência nos processos e na estrutura física, considerando-se outras atividades assistenciais mais atrativas para fins de currículo profissional como experiência prática.

De forma geral, os profissionais que participaram demonstraram dominar as suas práticas e rotinas operacionais e que valorizam e compreendem a relevância do reprocessamento seguro para garantir um atendimento de qualidade aos pacientes que utilizam os serviços da APS. No entanto, eles inferiram, de forma unânime, suas dúvidas e lacunas de conhecimento específico na área, uma vez que não têm dedicação exclusiva para essa atividade. Todos os profissionais participantes do estudo, isto é, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, odontólogos e auxiliares de odontologia, mencionaram que o PPS é mais uma das atividades dentro o rol de priorizações nas atividades dentro da APS, sendo, muitas vezes, negligenciada no que se refere à manutenção de práticas padronizadas e controladas.

Os resultados vêm ao encontro de outros estudos nos quais, também, foi encontrada uma importante falta de domínio sobre as técnicas empregadas no PPS por parte dos profissionais responsáveis pela prática (MORAIS *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2020). Esse déficit parece existir tanto em profissionais que atuam em US da atenção primária quanto nos que atuam no âmbito hospitalar (PRIMAZ *et al.*, 2021). Em ambos os casos, a literatura aponta a necessidade do contínuo enfoque na educação da equipe como forma de atualização e oportunidade de aprendizado, agregando, dessa forma, conhecimento, melhora da qualidade

técnica empregada e conseqüente maior segurança ao paciente (PRIMAZ *et al.*, 2021).

A educação no meio profissional é conduzida para a equipe, principalmente, como forma de educação continuada ou permanente, podendo ser desenvolvida mediante utilização de inúmeras plataformas e tipos de mídia (QUELHAS; LOPES; ROPOLI, 2008). Porém, ao direcionar o olhar somente para materiais produzidos especificamente para profissionais que atuam no CME, a literatura nos traz, basicamente, capacitações e treinamentos sem explorar o uso de plataformas digitais ou materiais visuais produzidos para esse público. O uso dessa forma de material para ensino é relatada como de grande valia para oferecer conhecimento rápido, de maneira lúdica e com linguagem acessível para a equipe em trabalhos realizados com equipes de Enfermagem de outras unidades hospitalares, permitindo uma maior facilidade no aprendizado e memorização do conteúdo (PORTO; MARZIALE, 2020; COGO; PERRY; SANTOS, 2015).

A apresentação de conteúdo em formato audiovisual, sendo distribuída em canais *on-line* de acesso gratuito ou de uso institucional livre, é amplamente utilizada como forma de democratização do acesso ao conhecimento e como facilitador de distribuição de materiais educacionais, possibilitando que produtos de qualidade e com informações fidedignas atinjam o maior número possível de pessoas (QUELHAS; LOPES; ROPOLI, 2008; PESSÔA; SALGADO, 2012).

A partir dos resultados apresentados na primeira etapa metodológica, definiu-se a elaboração de tutoriais educativos em série abordando a temática do PPS na atenção primária. A série, de três vídeos animados e autoinstrucionais, foi denominada “Processamento de Produtos para Saúde na Atenção Primária” e cada vídeo recebeu um título, a saber: 1) Iniciando a trilha de cuidados do PPS: do recebimento a limpeza segura; 2) Na trilha de cuidados do PPS: da inspeção ao preparo seguro; e 3) Encerrando a trilha de cuidados do PPS: garantia de segurança na desinfecção, esterilização e armazenamento. Os tutoriais foram

criados com a finalidade de auxiliar enfermeiros, técnicos de Enfermagem, odontólogos e auxiliares de Odontologia na melhoria das práticas assistenciais durante as atividades de processamento dos produtos para saúde.

Como estratégia para divulgação da série de vídeos “Processamento de Produtos para Saúde na Atenção Primária”, o roteiro dos vídeos foi traduzido para a língua inglesa e uma versão legendada dos três vídeos foi disponibilizada em plataforma virtual. A Figura 2 apresenta imagens de cenas com legenda.

Figura 2 – Imagens representativas de cenas com legenda em inglês do tutorial sobre Processamento de Produtos para Saúde na Atenção Primária



Fonte: elaboração das autoras (2021).

Conclusão

Os profissionais da atenção primária à saúde que participaram da avaliação situacional reconheceram a relevância do desenvolvimento de práticas de processamento de produtos para saúde baseados em práticas referenciadas em

normativas, técnicas e regulatórias. Adicionalmente, informam que o manejo dos materiais de reuso intervém diretamente na segurança do atendimento fornecido aos pacientes da APS, portanto, há uma preocupação quanto à necessidade da adequação e aprimoramento das atividades. Entretanto, os participantes relataram as limitações do próprio serviço para a manutenção da qualidade do PPS. As limitações estão relacionadas a carências estruturais, organizacionais e educacionais, indicando a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o tema do processamento de produtos para saúde na atenção primária.

Em virtude da pesquisa de campo realizada, foi desenvolvido um produto educacional com potencial de abrangência e fácil disseminação para apoiar as atividades de ensino-aprendizagem autoinstrucional. Três vídeos tutoriais educacionais foram confeccionados visando auxiliar enfermeiros, técnicos de Enfermagem, odontólogos e auxiliares de Odontologia no aprendizado e na atualização de conhecimento na área temática, bem como apoiar a melhoria das práticas assistenciais durante as atividades de processamento dos produtos para saúde na atenção primária.

Referências

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 15:** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, 15 mar. 2012. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 17 jan. 2020.

SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Práticas Recomendadas SOBECC**. 7. ed. São Paulo: Manole, 2017.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pú-**

blica, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt>. Acesso em: 25 fev. 2020.

COGO, A. L.; PERRY, G.; SANTOS, M. B. Produção de Material Digital para o Ensino de Enfermagem. **Revista Novas Tecnologias na Educação**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 1-9, dez. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/renote/article/view/61460/36342>. Acesso em: 29 jul. 2021.

COSTA, R. *et al.* Papel dos trabalhadores de enfermagem no centro de material e esterilização: revisão integrativa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QnTJBVXYgLKwPQ CJgpmzbZp/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2020.

MACEDO, L. L. *et al.* A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/TvdQ6vtpf3PG9bpRBxHV9rs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 mar. 2020.

MBUAGBAW, L. *et al.* A tutorial on methodological studies: the what, when, how and why. **BMC Medical Research Methodology**, London, n. 226, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12874-020-01107-7.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

MORAIS, L. M. C. Processo de esterilização sob a ótica dos profissionais do centro de materiais e esterilização. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 61-8, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/262>. Acesso em: 25 set. 2020.

PESSÔA, L. R.; SALGADO, M. B. B. Educação, saúde e audiovisual: relações possíveis e desejáveis. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 79-84, abr. 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1115/1028>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PRIMAZ, C. G. *et al.* Educação no centro de materiais e esterilização: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 172-180, jul./set. 2021.

Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/686>. Acesso em: 11 out. 2021.

PORTO, J. S.; MARZIALE, M. H. P. Construção e validação de vídeo educativo para adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. 1-13, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6mvvkRcVZqJNybgtCmNhmmd/?lang=en>. Acesso em: 28 jul. 2021.

QUELHAS, M. C. F.; LOPES, M. H. B. M.; ROPOLI, E. A. Educação à distância em processos de esterilização de materiais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 697-705, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8JKcQpTMQfwBZ3MWCqn6wwN/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. The evaluation of primary health care in Brazil: an analysis of the scientific production between 2007 and 2017. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, ed. 2, p. 95-110, abr./jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2020.

RUTALA, W. A.; WEBER, D. J. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. **Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities**. Washington: CDC, 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines-H.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

TIBES, C. M. *et al.* Desenvolvimento de recursos educacionais digitais para o ensino em enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Pelotas, v. 11, Supl. 3, p. 326-34, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13972/16815>. Acesso em: 17 fev. 2020.

WHO – World Health Organization. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>. Acesso em: 8 fev. 2020.

Potência dos movimentos educativos para a prevenção de doenças e a promoção da saúde na Atenção Primária

Maristela Izcak Baldissera

Carine Vendruscolo

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Fabiane Ferraz

Rafael Gué Martini

Introdução

A educação em saúde é considerada um importante instrumento no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), cujas práticas contribuem para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças e agravos. Movimentos pedagógicos estão inseridos em, praticamente, todos os processos de produção da saúde, permeando encontros entre profissionais, usuários, gestores, professores e estudantes da área, tendo em vista que todos são corresponsáveis pelo cuidado (VENDRUSCOLO; FERRAZ; TRINDADE, 2018; BENAVENTE; COSTA, 2011).

A concepção de educação bancária (FREIRE, 2005) ainda permeia tais processos, em grande medida, desde a graduação até a prática dos profissionais da saúde. Ela está centrada na transmissão unidirecional de saberes racionais e em atitudes que concebem o educador (e o profissional de saúde) como “transmissores” da informação científica. Já os estudantes (e o usuário) ocupam

um lugar de “receptores”, numa atitude passiva e obediente, de captura das informações (preventivas, diagnósticas e terapêuticas), como aquele que reproduz prescrições.

Este formato ainda é muito presente nas instituições formadoras, influenciando os cenários de prática em saúde (BENAVENTE; COSTA, 2011; VENDRUSCOLO *et al.*, 2019). A figura autoritária, desempenhada pelo professor ou profissional de saúde, requer a obediência dos alunos (e usuários) e reproduz relações hierárquicas e controladoras, que se fundamentam na ameaça e no medo da punição. Tal realidade reforça a necessidade de processos pedagógicos mais participativos, tanto nos cenários de prática quanto nas instituições de ensino (VENDRUSCOLO *et al.*, 2019).

A APS, considerada o primeiro nível de atenção à saúde, tem como sua principal estratégia a atuação de equipes de Saúde da Família (eSF), cujos profissionais desempenham importante papel no que diz respeito às práticas de prevenção de agravos e à promoção da saúde, as quais são favorecidas, em grande medida, por ações educativas e pelo trabalho interdisciplinar. As tarefas dos profissionais que atuam em equipes multiprofissionais de APS se concentram: 1) no cuidado clínico dos usuários vinculados e na coordenação desse cuidado; 2) na prevenção de doenças; e 3) na promoção da saúde (VENDRUSCOLO *et al.*, 2019). Em todas essas tarefas, a educação está presente e, para que ela seja efetiva, precisa envolver, sobretudo, profissionais e gestores (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, a prevenção emerge como forma de antever riscos e doenças, descobrir e controlar os fatores que as predispõe. A prevenção se classifica em primária (relacionada às ações que impedem o desenvolvimento de uma condição clínica); secundária (ação que visa detectar um problema de saúde no seu estágio inicial); terciária (é a ação que visa reduzir os prejuízos causados pelo problema de saúde, incluindo, também, a reabilitação e a minimização das complicações e sequelas das doenças). Atualmente, também, emerge um quarto

nível de prevenção, denominado de quaternária. A Prevenção Quaternária (P4) pode ser compreendida como uma forma que não se relaciona às doenças em geral, mas à iatrogenia que decorre da utilização excessiva de intervenções diagnósticas e terapêuticas. Esse tipo de prevenção emerge no ambiente do cuidado clínico da APS, em que as dimensões individual e comunitária do cuidado clínico se sobressaem no cuidado aos adoecidos, assim como na prevenção e na promoção da saúde às pessoas, famílias e comunidades (TESSER; VENDRUSCOLO, 2021).

Já a promoção da saúde compreende as ações realizadas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidade, potencializadas pela interprofissionalidade e pela intersetorialidade (SOARES; HEIDEMANN, 2018). A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, escrita em 1986, definiu cinco campos para sua efetivação: políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária (*empowerment*); e desenvolvimento de habilidades pessoais (WHO, 1986).

Esse documento reforça a influência dos fatores sociais sobre a saúde e incentiva a mudança com enfoque no território, tendo o indivíduo como (co) responsável pela sua qualidade de vida e saúde. No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2012) orienta o compromisso das equipes de saúde com medidas ampliadas de atenção para resolver problemas relacionados aos determinantes sociais: saneamento básico, distribuição de renda, educação formal, segurança, entre outros. Todavia, dar conta desses fatores está muito além dos limites dos serviços da APS, pois exige o desenvolvimento de competências para trabalhar de forma interprofissional e intersetorial (VENDRUSCOLO *et al.*, 2019).

As eSF e as equipes de Atenção Básica (ou APS) têm, no desenvolvimento de programas e ações de educação em saúde, uma de suas principais atribuições. Logo, movimentos educativos colaborativos que favoreçam a mudança, também implicam a prevenção e a promoção da saúde com vistas à qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade (SEABRA *et al.*, 2019). Mediante esses

pressupostos, a pergunta que norteou a pesquisa foi: qual o ideário e quais as práticas dos profissionais das equipes e dos gestores quanto à educação e sua potência, no que diz respeito às práticas de prevenção de doenças e de promoção da saúde na Atenção Primária? O objetivo do presente estudo foi conhecer o ideário e as práticas de profissionais e gestores da saúde sobre a educação, como agentes contribuintes para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde na Atenção Primária.

Método

Pesquisa metodológica com abordagem qualitativa. Tal abordagem constituiu-se na produção/construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas confiáveis de pesquisa, que possam ser utilizados por outros pesquisadores a fim de elaborar um produto (POLIT; BECK, 2018).

Foram adaptadas as fases da pesquisa metodológica para o desenvolvimento do estudo: 1) Fase exploratória: define o tema e constrói um diagnóstico participativo que reúne informações e identifica possíveis pontos a serem trabalhados; 2) Problematização: identificação dos problemas passíveis de modificação; 3) Seminários integradores: que sensibilizam e incitam o grupo a refletir e tomar decisões; 4) Divulgação dos resultados: retornar ao grupo e publicitar os resultados (POLIT; BECK, 2018). No presente estudo, serão discutidas informações oriundas das fases 1 e 2.

O estudo foi desenvolvido em um município do Oeste do estado de Santa Catarina, que conta com sete ESF e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Os participantes do estudo foram trabalhadores envolvidos com Atenção Primária do município, representantes dos segmentos: gestão, atenção, ensino e controle social, selecionados de maneira intencional. Esses quatro elementos e

suas distintas funções na produção da saúde configuram-se como o ideário do “Prisma da Formação em Saúde”. O “Prisma” é uma metáfora que amplia a ideia de que os representantes da gestão, do ensino em saúde, dos trabalhadores e do controle social são corresponsáveis em um processo de formação dos profissionais (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018). Com isso, a pesquisa está alicerçada ao construto teórico metodológico da Educação Permanente em Saúde (EPS), que concebe o SUS como escola, ou seja, os cenários de prática são cenários vivos de produção pedagógica (FRANCO, 2007).

Para este artigo, serão discutidos os depoimentos de vinte participantes, que representam os segmentos gestão e atenção. Consideramos que a participação destes segmentos é fundamental para a efetivação de práticas pedagógicas que permeiam o trabalho na APS (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018). Cumpre destacar que esta decisão foi tomada tendo em vista a baixa representatividade do segmento controle social.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão dos participantes: 1) para o segmento atenção – profissionais das eSF que estivessem atuando há, pelo menos, seis meses na APS; 2) representantes do segmento gestão – estar atuando como Secretário de Saúde (ou representante por ele indicado) no município, outros atores da equipe gestora, no momento da produção das informações.

Os participantes estão assim representados: na atenção – dez enfermeiros, um médico, um odontólogo, uma agente comunitária de saúde e uma farmacêutica; na gestão – o secretário de saúde, o diretor geral da APS, dois coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a coordenadora da APS, a coordenadora da Vigilância Epidemiológica.

As fases de problematização e os seminários da pesquisa, que representou a coleta dos dados propriamente dita, ocorreram entre julho e agosto de 2021, por meio de três encontros, nos quais utilizou-se como recurso metodológico entrevistas grupais, realizadas mediante rodas de conversa, cada qual com

duração média de duas horas. As perguntas e temas problematizados versaram sobre o processo de trabalho das equipes, contemplando suas potencialidades e fragilidades. Dentre os temas, a educação como agente para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde emergiu com destaque.

Os encontros foram realizados em espaço cedido por uma instituição de ensino do município, em cuja sala de aula os participantes eram convidados a dispor-se em círculo/roda. Na área da saúde, o movimento conhecido como “roda” incentiva a participação de diferentes atores sociais na direção de discutir e buscar soluções para as dificuldades percebidas no cotidiano (ADAMY *et al.*, 2018).

As informações geradas nas entrevistas grupais foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. O estudo respeitou os aspectos éticos regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde e trata-se do recorte de uma macropesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, mediante parecer nº 3.948.170/2021. Solicitou-se o consentimento das instituições envolvidas, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os envolvidos diretamente na pesquisa. Foi garantido aos participantes a possibilidade de participar/abandonar a pesquisa e o anonimato no tratamento das informações obtidas mediante uso de codinomes, elaborados a partir da letra P (Participante), seguida da inicial do segmento que representa (A – Atenção; G – Gestão) e um número cardinal.

Para tratamento dos dados, foi utilizada a análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011). Emergiram as seguintes categorias: “Educação libertadora: implicações para a transformação social e na prevenção de doenças e na promoção da saúde” e “Integração ensino-serviço-comunidade: compartilhamento de saberes na prevenção de doenças e na promoção da saúde”. Os dados foram discutidos considerando o referencial teórico do educador brasileiro Paulo Freire.

Resultados

Educação libertadora: implicações para a transformação social na prevenção de doenças e na promoção da saúde

Nos discursos dos participantes, é notório o reconhecimento do poder do profissional da saúde como agente transformador, exercido por meio da educação em saúde. Nesse sentido, no seu ideário, as atividades em parceria com a escola são fundamentais para que, aos poucos, haja uma mudança comportamental dos usuários em relação à sua saúde. Para tanto, é necessário o foco na prevenção, por meio de atividades como palestras e a ênfase em ações intersetoriais. Nessas ações, a odontologia emerge como categoria profissional bem presente. Além da aproximação dos diferentes setores, eles reforçam as práticas colaborativas entre os profissionais das equipes, as quais precisam ser retomadas em contínuos processos de educação permanente.

[...] hoje você pegar uma criança com nove, dez anos, que não tem cárie. Isso para nós, enquanto odontologia, é uma evolução, mas é como tu dizes, foi construído aos poucos, com palestras, ensinamentos nas escolas, fazendo a educação desde pequenininho! (PA 1).

[...] acho super importantes as atividades da odontologia na escola, podemos falar em casa da importância de escovar, como fazer, quando a odonto foi e mostrou o 'bichinho da cárie', o papel da odonto, o exemplo no contexto da escola, que os amiguinhos faziam assim [...] (PA 8).

[...] o trabalho intersetorial integra vários saberes, várias visões profissionais e quando presente no território é possível melhorar o cuidado, sendo um ponto positivo para os serviços! (PG 1).

[...] considero de suma importância o trabalho intersetorial no território pela ampliação de possibilidades de ações, melhorias nos processos de trabalho, troca de saberes, proporcionando saúde ampliada com a efetivação de políticas públicas, rompendo modelos fragmentados de atendimento. Percebe-se cada vez mais a necessidade de os setores dialogarem, que se conheçam e trabalhem em conjunto para o melhor êxito. (PG 2).

[...] a prevenção vai acontecer se os profissionais colaborarem entre si, por isso a gente tem que ter esse conhecimento e fortalecer as ações de educação permanente. (PA 3).

Os participantes sublinham os papéis que exercem os profissionais na eSF/ eAB, como de promotores de saúde e na prevenção de doenças, atuando, sobretudo, ao fortalecer a autonomia e provocar a mudança de estilos de vida das pessoas, despertando a consciência por meio da educação. Eles acreditam que a sobrecarga de trabalho os impede de atuarem com mais propriedade nas ações de promoção da saúde, estando a preocupação em prevenir doenças como prioridade:

[...] a gente vive nesse eterno desafio de não conseguir fazer promoção de saúde, está sempre correndo atrás, pensando ali na doença que chega e tem que ser curada. A gente previne agravos, mas prevenção é uma busca constante [...] enquanto SUS [Sistema Único de Saúde] e trabalhadores do serviço público, a gente tem um papel de transformação social, da sociedade como um todo, com a educação em saúde, com a promoção do autocuidado, é o desafio, é o que faz o nosso trabalho se transformar e melhorar! (PA 3).

[...] eu acho que o papel do profissional de saúde é fornecer ferramentas para que as pessoas façam escolhas mais saudáveis, se a gente não tiver essa visão, uma lógica de pensamento que entenda que isso é necessário, que o nosso papel é esse [...] A partir disso, as coisas vão se internalizando com o tempo, mas que a gente tem que ter uma visão mais ampliada de saúde e, através da educação, fazer com que isso reverbere/contamine/multiplique entre as pessoas. (PA 6).

O que a (PA3) falou: ‘nunca/jamais vamos conseguir atingir isso: a prevenção [...] a gente gostaria de trabalhar mais a prevenção do que o curativo, mas a proporção que isso tudo tomou, a quantidade de pessoas nas nossas micro-áreas [...]. (PG 1).

O ideário dos participantes vai ao encontro da proposta da educação como prática libertadora, que reconhece o profissional da saúde como agente protagonista e que estimula a governabilidade da vida mediante parcerias com outros setores sociais e ações preventivas e promotoras da saúde.

Integração ensino-serviço-comunidade e compartilhamento de saberes na prevenção de doenças e na promoção da saúde

Os profissionais, participantes deste estudo, chamam a atenção para a EPS como uma vertente educativa que também faz parte do cotidiano, na APS, embora haja desafios para permanência desta prática. Nessa direção, a parceria entre ensino-serviço-comunidade é considerada como um cenário propício para a Educação Permanente, mencionada como algo importante para as trocas entre profissionais. Eles reconhecem os benefícios dessa aproximação.

[...] eu acho que levar a educação permanente para fora da unidade, fazer educação permanente com envolvimento da comunidade. (PA 6).

[...] então eu acho que a gente tem que lutar enquanto servidor público, enquanto servidor do SUS para conseguir fazer saúde acontecer, é difícil [...], mas nos nossos espaços de Educação Permanente a gente tem que tentar achar caminhos para que isso aconteça de uma forma ou outra, a gente está remando contra uma maré, mas temos que tentar. (PA 5).

A atuação interprofissional, com participação da gestão e de profissionais de outras áreas e equipes, é mencionada como estratégia pedagógica importante

para o trabalho na APS. Nessa perspectiva, a Universidade é reconhecida como parceira, o que gera benefícios para todos os atores envolvidos – profissionais, estudantes e gestores.

Na Universidade, no campo da saúde, só tinha o curso de Enfermagem. [...] nós não tínhamos vínculo com outros cursos da área da saúde como Fisioterapia, Medicina, Farmácia, não tínhamos essas trocas na nossa vida acadêmica [...] nos últimos anos, eu tive a oportunidade de participar do projeto Rondon, que foi integrado com outras Universidades, com outros cursos. Isso é muito rico, a gente tinha a oportunidade de fazer práticas de ações em saúde em outros municípios, em realidades distintas, interprofissionais. Seria muito bacana se a gente pudesse ter essas vivências aqui, porque as vezes, o dia a dia nos consome, a gente não consegue parar para pensar, com a outras equipes, com a gestão [...]. (PA 9).

[...] a integração do ensino-serviço-comunidade é importante para que ocorra a formação profissional, bem como propicia experiências e melhorias para os serviços de saúde, tendo em vista que ocorre o compartilhamento de saberes entre profissionais e estudantes. É uma oportunidade para que o serviço consiga realizar ações multiprofissionais e interprofissionais. Sendo assim, esta integração traz benefícios para os estudantes, os serviços de saúde e também, para a comunidade assistida. (PG 3).

Quando o ensino integra o serviço desencadeia um ‘transformar’ no estudante e no profissional pelas vivências desenvolvidas. A inserção do estudante/ensino nos serviços por vezes possui suas dificuldades pela não aceitação de alguns profissionais, possíveis interferências nas rotinas dos serviços, mas uma possibilidade ampla de desenvolver educação em saúde. (PG 2).

O estudo revelou que o ideário sobre a educação tem fundamento na obra de Paulo Freire, pois fala sobre a concepção de que a educação perpassa um movimento de construção coletiva nas suas reflexões sobre integração

ensino-serviço. Tal concepção se traduz na menção as atividades realizadas por meio de rodas de conversa nas quais ocorrem as trocas, possibilitadas pelas discussões “em roda”, em que todos os saberes contribuem para a solução dos problemas cotidianos.

[...] complemento a fala da colega, que Paulo Freire fala que são saberes diferentes, principalmente nas rodas, quanto a gente troca nessas rodas, esse momento que a gente senta para discutir um caso ou para partilhar o saber [...] uma sugestão, um outro olhar do colega e tu não ficas com aquela posição de hierarquia, de que alguém é maior, e que aquela pessoa é detentora do saber, pelo contrário, a gente equaliza um pouco as coisas né, equilibra! (PA9).

Essas percepções revelaram-se fontes de conhecimento e reconhecimento sobre a importância, atribuída pelos profissionais, da integração, como o envolvimento recíproco entre um espaço em que ocorre o ensino em saúde (*lôcus* da teoria) e um espaço produtor de serviços de saúde (*lôcus* da prática), a fim de planejar e desenvolver atividades articuladas e coerentes à realidade local.

Discussão

A educação é considerada um processo permanente de construção do conhecimento, capaz de instigar os indivíduos a realizar uma reflexão sobre a sua vida, sua realidade, estimulando-os a autonomia e mudanças nas atitudes, que podem produzir danos ou ganhos à saúde (FREIRE, 2005). Para o educador Paulo Freire, a educação pode ser exercida como uma prática da liberdade, uma aproximação crítica com a realidade, por meio do conhecimento. Ele descreve que a maneira crítica e dinâmica de observar o mundo permite ao indivíduo atentar para a realidade, descobrir o que a mitifica e atingir a perfeita realização

do trabalho humano: a constante transformação do mundo para a liberdade dos homens (FREIRE, 2005, 2016).

Ao encontro do ideário dos participantes deste estudo, as ações educativas na APS alcançam essa perspectiva e podem acontecer de diferentes formas/maneiras. Quando acontecem interprofissional e intersetorialmente, com a participação de diferentes saberes tornam-se ainda mais eficazes (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020). Nesse contexto, a ação conjunta entre saúde e escola é muito importante e necessária, pois ela atua a fim de desenvolver intervenções que visam melhorar a qualidade de vida da população (VIEIRA; BELISÁRIO, 2018). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), na fase escolar, os alunos são mais receptivos. Também, é na fase da infância/adolescência que acontece o desenvolvimento do comportamento, caráter, personalidade, que são constantemente influenciados pelo ambiente em que o jovem está inserido, facilitando as ações de promoção da saúde (BRASIL, 2000).

Na perspectiva de melhorar as ações de promoção da saúde, em 2007 foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE), articulado com as ESF, que possui o propósito de ofertar a integralidade da atenção aos estudantes através da ação conjunta entre saúde e escola por meio das ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos. No PSE, a participação de uma equipe multiprofissional com o compartilhamento de diversos núcleos de saberes é muito importante para a efetivação das ações (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Na APS, as ações preventivas e promotoras da saúde são tão importantes quanto as ações curativas, porém as preventivas são mais viáveis, tanto econômica quanto assistencialmente. Já as promotoras podem ser realizadas em todos os momentos da atenção à saúde, pois pressupõem a qualidade de vida das pessoas durante todo o processo saúde e doença (VENDRUSCOLO *et al.*, 2019; TESSER; VENDRUSCOLO, 2021).

Na perspectiva da promoção da saúde, a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades é objetivo essencial. Tal ideário teve sua origem no modelo da história natural da doença, de Leavell e Clark (1976), no qual vigorou como referência teórica. Mais recentemente, uma visão pós Carta de Ottawa associa a promoção da saúde com melhora da qualidade de vida (TESSER; VENDRUSCOLO, 2021; WHO, 1986). Os depoimentos denotam alguma menção a abordagens mais coletivas e “empoderadoras”, que apontam para a participação social e política, tal qual o paradigma desejável.

É fato, entretanto, que, embora a Política Nacional de Promoção da Saúde oriente o envolvimento das equipes de saúde no compromisso com medidas ampliadas de atenção, a fim de resolver problemas relacionados aos determinantes sociais (BRASIL, 2012), dar conta desses fatores está muito além dos limites dos serviços da APS. Mesmo assim, faz parte da rotina dos profissionais problematizar os determinantes sociais, tanto em uma dimensão individual como na comunitária. Todavia, é mister que integrem o cuidado clínico com a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Isso exige dos serviços que concretizem a acessibilidade com alta resolubilidade para a maior parte dos problemas (TESSER; VENDRUSCOLO, 2021; WHO, 1986).

Outro aspecto que emerge com força nos discursos tem a ver com a integração ensino-serviço-comunidade. O ideário de uma educação libertadora está bem presente nos discursos dos participantes, que anunciam, inclusive, essa aproximação do mundo do trabalho e do ensino como um dos elementos norteadores do sucesso da APS. Em relação a tal constatação, sabe-se que é no contexto diário dos serviços de saúde que acontecem os fenômenos que alimentam a produção de conhecimento e, nessa direção, é importante que a academia se integre ao contexto diário das equipes de saúde. Ao adentrarem os cenários da prática, os estudantes realizam movimentos apreendidos na formação durante a graduação, que podem e devem ser disseminados na prática profissional.

Tais movimentos de integração podem repercutir no formato de mudanças consistentes no cotidiano do trabalho. A integração ensino-serviço coloca-se em benefício da reflexão para transformação da realidade, mobilizando um esforço permanente de percepção crítica sobre o mundo, e busca a solução adequada e o compromisso com a resolução de problemas. Com isso, essa integração torna possível a articulação entre teoria e prática (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Outra consideração sobre esse aspecto levantado pelos participantes diz respeito à relação teoria e prática. Para Paulo Freire (2005), a teoria sem a prática se apresenta como uma concepção ingênua do mundo, cuja trama de conceitos, sem as devidas relações e modos de aplicabilidade à realidade, não teria sentido. No caso analisado, percebe-se uma tendência desses profissionais em diminuir as diferenças entre universidade e serviços de saúde, aproximando acadêmicos e trabalhadores para o trabalho integrado e integral, que beneficia diretamente os usuários dos serviços de saúde. Isso implica, ainda, a educação permanente dos trabalhadores.

Para Silva *et al.* (2022), o processo de ensino-aprendizagem nas instituições de saúde, realizado mediante ações educativas através da EPS, proporciona o fortalecimento do sistema público de saúde. A EPS tem como base a aprendizagem no trabalho, ou seja, através dos problemas identificados no cenário da prática. Destaca-se, ainda, que a aproximação entre ensino-serviço pode auxiliar na conexão entre a teoria e prática, ajustada a realidade do SUS.

Para haver um processo efetivo de integração entre teoria e prática, é necessária a conscientização individual e coletiva, articulando responsabilidades e direitos, acrescida de metodologias que promovam a transformação dos indivíduos. É neste postulado que nasce a reflexão do educador Paulo Freire sobre a *práxis*. Sem a prática, a teoria constitui-se em puro *verbalismo*, assim como a prática, sem teoria, não passa de *ativismo*. Contudo, quando se reúnem teoria e prática, obtém-se a *práxis* – ação que cria e transforma a realidade. Assim, ao

pensar de forma crítica sobre a realidade atual ou passada, é possível aprimorar a próxima prática. Mesmo o discurso teórico, necessário à reflexão crítica, precisa ter concretude para que quase se confunda com a prática (FREIRE, 2016).

O processo de educação voltado à transformação social se apoia na relação entre o conteúdo e a realidade, que implica a integração ensino-serviço (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018). Aproximar instituições formadoras e serviços de saúde pressupõe a análise das condições reais dos sujeitos, considerando o seu contexto histórico e social (FREIRE, 2005, 2016). Nessa perspectiva, o espaço pedagógico não se esgota na sala de aula, mas pode contemplar os cenários do trabalho, ricos em experiências de aprendizagem, mas que precisam ser construídos pedagogicamente, de acordo com o perfil dos sujeitos envolvidos no processo (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Diante dessa realidade, identificou-se a compreensão da importância que o profissional exerce nas práticas de educação em saúde na comunidade em que atua na geração de mudanças do modelo assistencial. Muito além da intensão/vontade, é necessária uma cultura organizacional que proporcione tais atividades, recursos necessários, e, sobretudo, o apoio da gestão (ARAÚJO *et al.*, 2020). Nessa direção, alguns desafios precisam ser superados para o fortalecimento do SUS, dentre eles, a melhor estruturação, ordenação dos serviços, o permanente desenvolvimento e valorização dos profissionais da APS através das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) (BARRETO *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2017).

O processo de educar e ser educado, a partir dos pressupostos da EPS, implica compreender o processo como algo libertador, natural, pautado na identificação dos problemas que são vivenciados diariamente, comovendo-se com as situações e percebendo-se como sujeito transformador, não simplesmente do conhecimento, mas de todo o cenário social do qual faz parte (SOARES *et al.*, 2017). Com este delineamento, na área da saúde, mais recentemente, incentiva-se, desde a graduação, que os futuros profissionais sejam alicerçados pela Educação Interprofissional (EIP).

Esta consiste em uma importante estratégia para impactar a força colaborativa de trabalho em saúde, pois considera as necessidades locais e estimula as práticas a partir deste contexto. Desse modo, é considerado um profissional de saúde colaborativo aquele que aprendeu como trabalhar em equipe e desenvolveu competências para tanto. A prática colaborativa se desenvolve todas as vezes em que ocorre o intercâmbio de experiências entre diferentes profissionais de saúde com os usuários do serviço, suas famílias e a comunidade na direção de uma assistência mais qualificada (OMS, 2010).

Considera-se que a qualidade do SUS depende, em primeira instância, da formação de profissionais com uma consciência crítica e com sensibilidade para refletir sobre as questões de vida (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014). Isso requer continuidade das ações pedagógicas no contexto dos serviços, sendo a Educação Permanente uma possibilidade de alcançar este compromisso gerencial central.

Com um delineamento interprofissional, o reconhecido Método de Formação e Apoio Paidéia (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014) trata-se de uma concepção teórico-metodológica cujo propósito é favorecer a democratização da gestão nas organizações, começando pela formação de coletivos organizados, incentivando a participação dos sujeitos na gestão dos seus processos de trabalho. Propõe uma mudança nas instituições de saúde na busca por cogestão.

No ideário dos participantes deste estudo, é reconhecida esta forma de agir quando se menciona a necessidade de partilhar vivências e experiências com outros profissionais, outras equipes, com a gestão e, mesmo, intersetorialmente.

Finalmente, observa-se que o campo de ação para a promoção da saúde “desenvolvimento de habilidades pessoais”, descrito na Carta de Otawa (WHO, 1986), está bem presente nos discursos dos participantes. Nesse aspecto, a educação popular vigora como ferramenta importante das equipes, destacando o usuário como (co)responsável pela sua qualidade de vida e saúde.

Considerações finais

A principal ação preventiva dos profissionais, na qualidade de equipe, é realizada em parceria com as escolas municipais e estaduais do município, enquanto o ideário da promoção da saúde está bem centrado em práticas educativas que podem contribuir para a mudança de hábitos e o autocuidado do usuário.

As percepções de profissionais e gestores da saúde sobre a educação celebram, em grande medida, a concepção libertadora da educação, pressuposto defendido por Paulo Freire e que influenciou, sobremaneira, as prescrições da APS para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde. A colaboração entre os profissionais da equipe, assim como o apoio do gestor, são elementos que imperam para a prática educativa na direção da qualidade da atenção.

Em geral, os profissionais que atuam na APS mergulham no labor do cuidado aos usuários, contudo, o estudo demonstra que os profissionais e, também, os gestores não estão alheios às questões da promoção da saúde em seu sentido coletivo e social, e percebem a prevenção de doenças como missão importante da APS.

Referências

ADAMY, E. K. *et al.* Validação na teoria fundamentada nos dados: rodas de conversa como estratégia metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3121-3126, nov./dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603121&lang=pt. Acesso em: 19 maio 2022.

ARAÚJO, T. I. *et al.* Educação em Saúde: um olhar da equipe multidisciplinar na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 4,

p. 16845-16858, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/8363>. Acesso em: 19 maio 2022.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, A. C. O. *et al.* Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, Suppl. 1, p. 266-273, fev. 2019. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/8363>. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adolescentes promotores da saúde: uma metodologia de capacitação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BENAVENTE, S. B. T.; COSTA, A. L. S. Physiological and emotional responses to stress in nursing students: an integrative review of scientific literature. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 571-576, 2011. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15195>. Acesso em: 19 maio 2022.

CONCEIÇÃO, D. S. *et al.* A educação em saúde como instrumento de mudança social. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15195>. Acesso em: 19 maio 2022.

FRANCO, T. B. Healthcare production and pedagogical output: integration of healthcare system settings in Brazil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007. Disponível em: <https://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/02/v-11-n-23-set-dez-2007.pdf>. Acesso em: 19 maio 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, G. W. S. Paideia support as a methodology for healthcare education processes. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 931-943, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18suppl1/931-943/>. Acesso em: 19 maio 2022.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Marco para a ação em educação inter-profissional e prática colaborativa**. 2010. Disponível em: https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20. Acesso em: 19 maio 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SEABRA, C. A. M. *et al.* Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/xmDgQQxDN4gPRWgTQHysZXn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 maio 2022.

SILVA, G. F. *et al.* As contribuições da integração ensino-serviço na realização de educação permanente em município do oeste paranaense. **Revista Orbis Latina**, Foz do Iguaçu, v. 12, n. 3, set. 2022. Disponível em: <https://revistas.unila.edu.br/index.php/orbis>. Acesso em: 19 maio 2022.

SOARES, A. N. *et al.* Dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-9, ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/kHmBrjKhZv8j3tpMTkNQcfd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

SOARES, C. F.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da Atenção Primária. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-9, maio 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/6zsFqCkRtG75SMQhrcJxdSw/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

TESSER, C. D.; VENDRUSCOLO, C. Prevenção Quaternária e Promoção da Saúde: relações e convergências. *In*: TESSER, C. D.; VENDRUSCOLO, C.; ADAMY, E. K. (org.). **Prevenção Quaternária**: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre, Moriá, 2021. p. 67-84.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Health teaching-service integration: possible dialogues from collective co-management. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-8, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8sNHgFPStVKCdCcHHbtgvCx/?lang=en>. Acesso em: 22 jun. 2022.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Family Health Support Center: An Intersection Between Primary And Secondary Health Care. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hRmwHb8H73bBh9N6ybTr7qs/abstract/?lang=en>. Acesso em: 22 jun. 2022.

VIEIRA, L. S.; BELISÁRIO, S. A. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 120-133, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8sNHgFPStVKCdCcHHbtgvCx/?lang=en>. Acesso em: 22 jun. 2022.

WHO – World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/em/>. Acesso em: 22 jun. 2022.

Sobre os autores

Adriana Aparecida Polmann

Assistente Social. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública da SES. Servidora da Secretaria de Estado da Saúde na Gerência Regional de Saúde de Chapecó. *E-mail:* apolmann@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2033-5559>.

Adriane Karal

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UDESC, Chapecó/SC. *E-mail:* adri.karal@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0678-9810>.

Alana Caroline Machado da Silva

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* alana_caroline03@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/000-0002-9206-1251>.

Aline Cviatkovski

Psicóloga. Especialista em Terapia Familiar Sistêmica, Mestre em Psicologia pela Imed, Passo Fundo/RS. Professora do curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Chapecó/SC. *E-mail:* aline.cviatkovski@unoesc.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0540-2466>.

Aline Lemes de Souza

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Sul Brasil/SC. *E-mail:* alinedbeth@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0072-3642>.

Ana Cristina Silva Pinto

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO). *E-mail:* ana.pinto@unirio.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5608-2418>.

Ana Paula Schultz

Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* anapaulaschultz2021@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6838-603X>.

Andreia Cristina Dall'Agnol

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC),

Chapecó/SC. Enfermeira no Hospital Regional do Oeste, Chapecó/SC. *E-mail*: enfandrea21@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7011-9697>.

Andrea Noeremberg Guimarães

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail*: andrea.guimaraes@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5425-7627>.

Andreina Carla de Almeida

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó/SC. *E-mail*: andreinacarlauffs@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5567-895X>.

Bernarda Cesira Cassaro

Enfermeira. Especialista em Gestão, Governança e Tecnologias em Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pós-Graduada em Doenças Crônicas Não Transmissíveis pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Técnico em Enfermagem do CEDUP, Chapecó/SC. *E-mail*: bernardaadm44@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2028-5467>.

Bruna Panis Albani

Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó/SC. *E-mail*: brunaalbani12@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7718-2821>.

Bruna Pedroso Oliveira

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental e em Auditoria de Serviços de Enfermagem. Egressa bolsista de Iniciação Científica

do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Enfermeira Auditora Trainee na empresa Hospital Regional do Oeste (HRO), Chapecó/SC. *E-mail*: brunapedrosoliveira@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2479-1030>.

Camille Chiossi Presoto

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail*: camillepresoto17@gmail.com.

Cândida Caniçali Primo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPGSC da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). *E-mail*: candida.primo@ufes.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5141-2898>.

Carine Vendruscolo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Associada do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail*: carine.vendruscolo@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>.

Carolina Gerhardt Primaz

Fisioterapeuta. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. *E-mail*: carolinagp@ufcspa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1715-8878>.

Cristiane Rodrigues da Rocha

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). *E-mail*: cristiane.r.rocha@unirio.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5658-0353>.

Cindy Amaral Barbosa

Enfermeira. Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense/AEBES. *E-mail*: cindyamaralb@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6732-3830>.

Clarissa Bohrer da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). *E-mail*: clarissa.bohrer@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1254-019X>.

Danubia Marcelina Candido Guinzelli

Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Trainee na empresa Unimed, Chapecó/SC. *E-mail*: danubiaguinzelli@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1587-2069>.

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail*: denise.zocche@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4754-8439>.

Denise de Campos

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). *E-mail*: denycampos.ddc@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9094-4704>.

Eduarda Antonia Sartoretto

Acadêmica de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). *E-mail*: dudaasartoretto@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7772-5988>.

Elisabete Maria das Neves Borges

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Docente na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Investigadora integrada do Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS@RISE). Membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional (RedENSO). *E-mail*: elisabete@esenf.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6478-1008>.

Emanoeli Rostirola Borin

Acadêmica de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). *E-mail*: emanoeliborin@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1498-4760>.

Fabiane Ferraz

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa em Gestão do Cuidado, Integralidade e Educação na Saúde (GECIES/UNESC). *E-mail*: fabi.ferraz@unesc.net. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1782-6784>.

Fernanda Gonçalves Grangeiro Nascimento de Paulo

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UNIRIO). Enfermeira Obstétrica do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, no Rio de Janeiro/RJ, e Enfermeira do Centro de Saúde Extensão do Bosque/Rio das Ostras/RJ. *E-mail:* fernandagrangoeiro.unirio@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7361-0227>.

Fernanda Gonçalves Rios

Educadora Física. Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Multivix. *E-mail:* fernandaag_rios@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7620-454X>.

Francielli Girardi

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Professora Colaboradora do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* fragirardi@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9367-878X>.

Franklin de Almeida Cipolato

Enfermeiro. Egresso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). *E-mail:* franklincipolato1999@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4345-6740>.

Grasiele Fátima Busnello

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Professora Substituta do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/

SC. *E-mail*: grasibusnello@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2027-0089>.

Inês Maria Meneses dos Santos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). *E-mail*: ines.m.santos@unirio.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1057-568X>.

Ingrid Manoella Borges

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail*: manoella.borges@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4601-0605>.

Jacqueline Hermes

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Enfermeira Coordenadora da Atenção Primária à Saúde no Município de Itapiranga/SC. *E-mail*: jacqueline_hermes@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0201-9920>.

Jaqueline Arboit

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS. *E-mail*: jaqueline.arboit@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6610-5900>.

Jeane Barros de Souza

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade

Federal da Fronteira Sul (UFFS). *E-mail*: jeanebarros18@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0512-9765>.

Jessyca Zanetti Malgor Oliveira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA), Porto Alegre/RS. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC. *E-mail*: jessycaol@ufcspa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1249-1014>.

Joseane Simon

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). *E-mail*: joseanesimon@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9254-4181>.

Julia Milena Grando Carniel

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó/SC. *E-mail*: juliacarniel06@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5396-0916>.

Juliana Romanoski Alves de Moura

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó/SC. *E-mail*: juli.alvesdemoura@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8549-6997>.

Kaciane Boff Bauermann

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Enfermeira da Gerência Regional de Saúde de Maravilha/SC. *E-mail*: kacianebb@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1897-1203>.

Karina Schopf

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Enfermeira da equipe de Saúde da Família no município de Paraíso/SC. *E-mail:* karinaschopf70@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8143-2056>.

Kátia Jamile da Silva

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira assistencial do Unimed Personal Chapecó/SC. *E-mail:* katiajamiledasilva@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8645-1184?lang=pt>.

Kelly Cristina de Prado Pilger

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó/SC. *E-mail:* kellycristinadeprado23@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5670-7799>.

Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer/INCA. *E-mail:* dra.laisa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2435-7616>.

Lariana da Conceição Benincá

Enfermeira. Residente em Saúde da Família pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação. *E-mail:* beninca70@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0352-6203>.

Letícia de Lima Trindade

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* letrindade@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>.

Letícia Stake Santos

Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* leticiastakes@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0394-8919>.

Leila Zanatta

Farmacêutica. Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* leila.zanatta@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-4190>.

Lucimare Ferraz

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* lucimare.fetraz@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2487-8614>.

Lucas Lasta Angonese

Enfermeiro. Egresso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Voluntário de Iniciação Científica pelo

Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS/UEDESC). *E-mail*: lucas_lasta@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9910-5122>.

Maiara Schoeninger

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UEDESC), Chapecó/SC. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). *E-mail*: maia_schoeninger@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org-0000-0002-0095-1485>.

Mara Rejane Barroso Barcelos

Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFES. *E-mail*: mararsb@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7288-9468>.

Maria Angélica Carvalho Andrade

Médica. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPGSC da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora do Departamento de Medicina Social da UFES. *E-mail*: geliandrade@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3690-6416>.

Maria Luiza Bevilaqua Brum

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UEDESC), Chapecó/SC. *E-mail*: maria.brum@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6425-1456>.

Marina Klein Heinz

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail*: marinakleinheinz@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9585-4003>.

Maristela Iscak Baldissera

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Pinhalzinho/SC. *E-mail*: mb.enfermagem@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7902-1629>.

Marta Kolhs

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail*: marta.kolhs@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7795-4230>.

Maurílio Barbosa

Doutorando em Administração. Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). *E-mail*: barbosamaurilio@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8498-3010>.

Melissa Holz

Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Especialista em Estética e Imagem Corporal pelo Instituto Fisiomar de Chapecó/SC. *E-mail*: lissaholz@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8913-1506>.

Milena Schneiders

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. *E-mail:* schneidersmilena@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7471-7886>.

Mônica Ludwig Weber

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Enfermeira da equipe de Saúde da Família no município de Águas de Chapecó/SC. *E-mail:* monyludwig@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6593-446X>.

Olvani Martins da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Professora do programa de residência da ALVF parceria com UDESC/UFFS e UNOCHAPECÓ. *E-mail:* olvani.silva@udesc.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4285-3883>.

Paloma do Nascimento Joaquim

Enfermeira, Especialista em Emergência e UTI, pelo Instituto de Ciências e Arte de Florianópolis/SC. *E-mail:* palomanascimentoudesc@gmail.com.

Poliana Lopes Alves

Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* pollianna1994@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5990-9820>.

Rafael Gué Martini

Jornalista. Doutor em Educação pela Universidade do Minho. Professor Adjunto do Curso de Pedagogia a Distância e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail*: rafael.martini@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7409-4340>.

Rafael Marcelo Soder

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor Associado I do Departamento de Ciências da Saúde – Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da UFSM/Campus Palmeira das Missões/RS. *E-mail*: rafaelsoeder@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4467-1933>.

Rita Catalina Aquino Caregnato

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Departamento de Enfermagem, do Programa REMIS ênfase em Terapia Intensiva, do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). *E-mail*: ritac@ufcspa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7929-7676>.

Rita de Cássia Duarte Lima

Enfermeira. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPGSC da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). *E-mail*: ritacd@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5931-398X>.

Rosana Amora Ascari

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* rosana.ascari@udesc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2281-8642>.

Samantha Karoline Mafra

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó/SC. *E-mail:* samantha_karol_18@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3305-6516>.

Sandra Mara Soeiro Bof

Médica. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. *E-mail:* saboff@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4111-857X>.

Tavana Liege Nagel Lorenzo

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Enfermeira coordenadora do Caps do Município de Três Passos/RS. *E-mail:* tavanalieve77@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1861-6455>.

Thaís Marafon

Acadêmica de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). *E-mail:* marafonthais@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8369-4973>.

Tifany Colomé Leal

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* tifyanyleal@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0018-5757>.

Valdecyr Herdy Alves

Enfermeiro. Pós-doutorado. Universidade Federal Fluminense (UFF). *E-mail:* herdyalves@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8671-5063>.

Valéria Silvana Faganello Madureira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pós-doutorado em Enfermagem pela UFSC. Professora Associada do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). *E-mail:* valeriamadureira2005@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7990-3613>.

Vanessa Aparecida Gasparin

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. *E-mail:* vane-gasparin@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4266-3668>.

Vanesa Nalin Vanassi

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/MPEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC. Enfermeira na Secretaria de Saúde de Chapecó/SC. *E-mail:* vanesanalin@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-4438-4280>.

Vander Monteiro da Conceição

Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó/SC. *E-mail*: vander.conceicao@uffs.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0972-0795>.

Argos Editora da Unochapecó
www.unochapeco.edu.br/argos
www.facebook.com/EditoraArgos

Título: Promoção da saúde e ações preventivas na atenção primária

Organizadora: Carine Vendruscolo

Coleção: Perspectivas, n. 70

Coordenadora: Rosane Natalina Meneghetti

Assistente Editorial: Caroline Kirschner

Assistente Comercial: Daniela Manfroi

Editor de Textos: Carlos Pace Dori

Divulgação: Bárbara Luísa Zamberlan

Distribuição e vendas: Daniela Manfroi

Projeto gráfico: Caroline Kirschner

Capa: Caroline Kirschner

Diagramação: Caroline Kirschner

Preparação dos originais: Carlos Pace Dori

Revisão: Carlos Pace Dori

Formato: PDF

Publicação: 2023

