

# TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

ISSN 1982-8829 - 2022. Vol. 16, n. 02. Publicado em 2024

**Em busca do reconhecimento profissional do bacharel em Saúde Coletiva: do movimento estudantil à criação da ABASC**

**Sanitaristas em ação: identidade profissional e atuação do sanitaria no contexto da pandemia da covid-19**

**Atenção primária e planejamento participativo: uma análise do envolvimento das unidades básicas de saúde no planejamento local**

© 2024 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

## REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

### Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça  
Elmira L. M. S. Simeão  
Maria Fátima de Sousa  
José da Paz Oliveira Alvarenga

### Revisão

Luana Dias da Costa  
Natália Fernandes de Andrades  
José da Paz Oliveira Alvarenga

### Coordenação Institucional

Laboratório ECoS

Unidade de Tecnologia da Informação e  
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde  
Pública – UTICS/NESP/UnB

### Equipe Técnica de TI

Rogério Pritke  
João Paulo Fernandes da Silva

### Revisão de Citações e Referências

Luana Dias da Costa  
Natália Fernandes de Andrades  
José da Paz Oliveira Alvarenga

### Diagramação e Publicação

Elmira L. M. S. Simeão  
Mônica Peres

### Editores Científicos

Luana Dias da Costa  
Natália Fernandes de Andrades  
José da Paz Oliveira Alvarenga

### Editores Consultivos

José da Paz Oliveira Alvarenga  
Elmira L. M. S. Simeão  
Mônica Peres

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:  
Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública  
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil  
CEP 70847-510  
Tel.: (55++61) 3340-6863  
Fax: (55++61) 3349-9884  
E-mail: uticsnesp@unb.br

---

### Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

---

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão,  
Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 16, n.02. - Brasília : Editora Ecos, 2022. /  
Organizadores / Luana Dias da Costa, Natália Fernandes de Andrades, José da Paz Oliveira Alvarenga

Trimestral  
Obra publicada em 2024 para atualização da coleção  
ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Agentes Comunitários de Saúde - Periódicos. I. Brasil. Núcleo de Estudos  
em Saúde Pública. ECoS

---

CDU 614(051)(817.4)



## **CONSELHO EDITORIAL**

### **Coordenação Editorial**

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil  
Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil  
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

### **Editores Científicos**

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília, Brasil  
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília, Brasil  
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

### **Conselho Consultivo**

Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)  
Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

### **Comissão Científica - Editores Associados**

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)  
Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madrid (UCM)  
Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)  
Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)  
José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)  
Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)  
Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université *du Québec à Montréal* (Canadá)  
Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília  
Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)  
Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal  
Rackynelly Alves Sarmiento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)  
Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)  
Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

## Sumário

1. Em busca do reconhecimento profissional do bacharel em Saúde Coletiva: do movimento estudantil à criação da ABASC, **p. 06.**
2. Sanitaristas em ação: identidade profissional e atuação do sanitaria no contexto da pandemia da covid-19, **p. 26.**
3. Atenção primária e planejamento participativo: uma análise do envolvimento das unidades básicas de saúde no planejamento local, **p. 43.**
4. Práticas para controle de vetores da dengue, zika e chikungunya em escolas, **p. 58.**
5. Análise de implantação do programa nacional de controle da doença de chagas em sistemas municipais, **p. 68.**
6. Farmacovigilância: relato de experiência do compartilhamento de seu conteúdo na graduação em saúde coletiva, **p. 94.**
7. Associação entre determinantes de saúde, transtornos mentais comuns e apoio social no público masculino, **p. 107.**
8. Relação do aleitamento materno exclusivo com os programas de saúde pública no Brasil, **p. 126.**
9. Educação Permanente em Saúde e a formação discente em tempos de pandemia: relato de experiências, **p. 139.**
10. Processos de trabalho e saúde mental: um estudo com trabalhadores da atenção primária, **p. 151.**
11. Uma epidemia de câncer relacionado ao trabalho em Curitiba? Perfil dos casos entre 2012 – 2020, **p. 165.**



## **Editorial**

**Luana Dias da Costa  
Natália Fernandes de Andrades  
José da Paz Oliveira Alvarenga**

**Caros leitores,**

É com grande satisfação que apresentamos esta nova edição da revista *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, um espaço consolidado para a divulgação de produções acadêmicas, relatos de experiência e estudos que contribuem para o fortalecimento e aprimoramento do campo da Saúde Coletiva. Nesta edição, exploramos temas de relevância contemporânea e de impacto direto e indireto nas práticas dos serviços e ações de saúde, com 11 artigos que traduzem a pluralidade e a complexidade das questões enfrentadas por pesquisadores e profissionais.

Os artigos desta edição abordam questões essenciais e urgentes, destacando aspectos como a Atenção Primária à Saúde, o planejamento participativo, as condições de trabalho e a saúde mental dos profissionais. O artigo “Atenção primária e planejamento participativo: uma análise do envolvimento das unidades básicas de saúde no planejamento local” nos convida a compreender a importância desse instrumento na gestão das Unidades Básicas de Saúde.

Em um momento em que o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é crucial, o artigo “Sanitaristas em ação: identidade profissional e atuação do sanitário no contexto da pandemia da Covid-19” evidencia a importância desse profissional para a promoção da saúde e a resposta às emergências sanitárias. Complementando essa reflexão, “Em busca do reconhecimento profissional do bacharel em Saúde Coletiva: do movimento estudantil à criação da ABASC” resgata o histórico e os desafios enfrentados pelos bachareis, reafirmando a relevância da mobilização coletiva para a regulamentação e valorização dessa profissão.

A saúde do trabalhador também se apresenta como um tema transversal, especialmente em “Uma epidemia de câncer relacionado ao trabalho em Curitiba? Perfil dos casos entre 2012-2020”, que explora a relação entre condições de trabalho e agravos à saúde. Já “Processos de trabalho e saúde mental: um estudo com trabalhadores da Atenção Primária” oferece uma reflexão sobre os fatores que interferem na saúde mental dos profissionais, chamando atenção para a urgência de políticas voltadas ao cuidado.

A experiência pandêmica trouxe aprendizados que perpassam diferentes campos, como apontado em “Educação permanente em saúde e a formação discente em tempos de pandemia: relato de experiências”, que destaca o papel das atividades de educação permanente no desenvolvimento de competências críticas e interdisciplinares entre os discentes.

A promoção da saúde é amplamente explorada em artigos como “Relação do aleitamento materno exclusivo com os programas de saúde pública no Brasil”, que avalia a efetividade de programas públicos, e “Práticas para controle de vetores da Dengue, Zika e Chikungunya em escolas”, que enfatiza a importância da educação em saúde na prevenção de arboviroses.

Destacamos ainda contribuições sobre farmacovigilância e a inclusão desse tema na formação acadêmica, bem como a análise do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas, que reforça a importância de uma atenção primária estruturada e eficiente.

Encerrando este volume, o artigo “Associação entre determinantes de saúde, transtornos mentais comuns e apoio social no público masculino” explora o impacto do apoio social na saúde física e mental dos homens, revelando insights valiosos para a formulação de políticas mais inclusivas.

Convidamos os leitores a aprofundarem seus conhecimentos nos manuscritos apresentados neste fascículo. A revista *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* reafirmam o compromisso do com a produção de conhecimento voltado à construção de um sistema de saúde mais equitativo, participativo e resolutivo. Desejamos uma leitura instigante e inspiradora.

Boa leitura!

A Comissão Editorial

# **Em busca do reconhecimento profissional do bacharel em Saúde Coletiva: do movimento estudantil à criação da ABASC**

*In search of professional recognition of the Bachelor of Public Health:  
from the student movement to the creation of ABASC*

*En busca del reconocimiento profesional para una licenciatura en Salud  
Pública: del movimiento estudiantil a la creación de ABASC*

Jéssica Procópio de Quadros  
Danielly Batista Xavier  
Leonardo Passeri de Souza  
Indyara de Araújo Morais  
Luanny Silva Ovando do Nascimento  
Matheus Moutinho Crepalde  
Jéssica de Souza Lopes  
Weverton Vieira da Silva Rosa

## **Resumo**

Considera-se que a criação da Graduação em Saúde Coletiva no Brasil marca um avanço nos processos de consolidação do campo da Saúde Coletiva. Contudo, embora se encontre em pleno crescimento, a sua existência passa por um longo processo de amadurecimento do debate de um conjunto de questões envolvendo a constituição e os desdobramentos da profissão de sanitarista, que implicam diretamente na atuação profissional do Bacharel em Saúde Coletiva. Nesse sentido, identifica-se que Bacharel em Saúde Coletiva tem se deparado com três grandes problemáticas: as divergências na identidade profissional do sanitarista, a falta de regulamentação da profissão de sanitarista e a dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Frente a isto, a constituição de uma organização de representação dos Bacharéis em Saúde Coletiva tornava-se primordial para apoiar na superação destas, e é nesse contexto que se dá a construção da Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC). Dessa forma, este artigo tem por objetivo realizar um relato deste processo construtivo, onde apresenta-se o movimento de criação da ABASC e quais foram os principais avanços do primeiro biênio de sua existência, a fim de se memorizar este significativo fato histórico na luta pelo reconhecimento do Bacharel em Saúde Coletiva.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Graduação em Saúde Coletiva; Mercado de trabalho;

## **Abstract**

The creation of the bachelor in Public Health in Brazil marks an advance in the consolidation processes in the field of Public Health. However, although it is in full growth, its existence goes through a long maturing process of debate on a set of issues involving the constitution and developments of the sanitariat profession, which directly imply the professional performance of the Bachelor of Public Health. In this sense, it is identified that a Bachelor's Degree in Public Health has been faced with three major problems: the divergences in the professional identity of the sanitariat, the lack of regulation of the sanitariat profession and the difficulty of entering the labor market. Faced with this, the constitution of an organization representing Bachelors in Public Health became essential to support their overcoming. And it is in this context that the construction of the Association of Bachelors in Public Health (ABASC) takes place. Thus, this article aims to carry out an account of this constructive process, which presents how the movement of creation of ABASC took place and what were the main advances of the first biennium of its existence, in order to memorize this significant historical fact in the fight for (re)cognition of the Bachelor of Public Health.

**Keywords:** public health; bachelor in public health; job market;

## **Resumo**

La creación de la graduación en Salud Pública en Brasil marca un avance en los procesos de consolidación en el campo de la Salud Pública. Sin embargo, aunque se encuentra en pleno crecimiento, su existencia pasa por un largo proceso de maduración de debates sobre un conjunto de temas que involucran la constitución y desarrollo de la profesión sanitaria, que implican directamente el desempeño profesional de la Licenciatura en Salud Pública. En este sentido, se identifica que una Licenciatura en Salud Pública se ha enfrentado a tres grandes problemas: las divergencias en la identidad profesional del sanitaria, la falta de regulación gubernamental de la profesión sanitaria y la dificultad para ingresar al mercado laboral. Ante esto, la constitución de una organización que represente a los Licenciados en Salud Pública se tornó fundamental para apoyar la superación de estos, y es en este contexto que se da la construcción de la Asociación de Licenciados en Salud Pública (ABASC). Así, este artículo tiene como objetivo realizar un relato de este proceso constructivo, que presenta el movimiento de creación de ABASC y cuáles fueron los principales avances del primer bienio de su existencia, con el fin de memorizar este significativo hecho histórico en la lucha por el reconocimiento de la Licenciatura en Salud Pública.

**Palabras clave:** Salud Pública; Mercado de trabajo; Graduación en Salud Pública;

## **Introdução**

O desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva, trouxe um projeto que identificava a necessidade de um profissional com ideais ético-políticos bem definidos e com um corpo de saberes e práticas pertinentes ao campo da Saúde Coletiva. Este conjunto de competências eram passíveis de serem assimilados desde a graduação, uma vez que tal identidade específica não conseguia ser garantida por outras graduações do campo da saúde existentes<sup>1,2</sup>.

Dessa forma emergiu a proposta da criação da Graduação em Saúde Coletiva com o objetivo de formar um novo profissional do campo da Saúde Coletiva, com a intenção, não de formar um profissional que se sobreponha aos profissionais da Saúde Coletiva já existentes, mas de formar um novo ator que venha se associar de modo orgânico a estes<sup>1,2</sup>.

Contudo, embora se encontre em pleno crescimento, a sua existência passou, e ainda passa, por um longo processo de amadurecimento do debate de um conjunto de questões envolvendo a constituição e os desdobramentos da profissão de sanitarista, que implicam diretamente na atuação profissional do Bacharel em Saúde Coletiva. Nesse sentido, identifica-se que Bacharel em Saúde Coletiva tem se deparado com três grandes problemáticas: as divergências na identidade profissional do sanitarista, a falta de regulamentação da profissão de sanitarista e a dificuldade de inserção no mercado de trabalho.

O profissional sanitarista, atualmente, possui o código da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), que foi aprovado em 2017, sob o registro Nº 1312-25, em que bacharéis e pós-graduados na área de Saúde Coletiva/Saúde Pública podem exercer essa ocupação<sup>4</sup>.A descrição sumária das atividades evidencia o que pode ser executado por um sanitarista<sup>3</sup>:

Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde; definem estratégias para unidades e/ou programas de saúde; realizam atendimento biopsicossocial; administram recursos financeiros; gerenciam recursos humanos e coordenam interfaces com entidades sociais e profissionais.

O código da CBO tem caráter classificatório, sem função de regulamentação da profissão, ou seja, se limita a codificar empregos e outras situações de trabalho para fins estatísticos de registros administrativos e censos populacionais, além de descrever detalhadamente as atividades realizadas no trabalho, os requisitos de formação e experiências profissionais<sup>3</sup>.



A falta de regulamentação da profissão de sanitaria se configura como um problema que engloba a inserção no mercado de trabalho, inclusão em processos seletivos, e a construção da identidade nacional do sanitaria de graduação. Outra questão crítica atrelada a falta de regulamentação é o exercício da atividade de sanitaria em dissonância com o cargo/função que ocupa, onde verifica-se que embora o profissional exerça atividades como sanitaria, o mesmo ocupa cargo/função não condizente com a classificação previamente delimitada<sup>4</sup>.

Em complemento, Viana e Souza (2018)<sup>4</sup> com base na inserção profissional dos egressos do Rio Grande do Norte, identificaram que existem várias fragilidades no que diz respeito as possibilidades de vínculo trabalhista, onde por exemplo, existem concursos públicos que contemplavam competências do sanitaria, porém sem possibilidade de pleito apenas com a graduação. Tais achados se repetem no estudo nacional feito por Lorena et al (2016)<sup>5</sup>, o que demonstra que o processo de inserção profissional efetiva é moroso para os egressos da graduação.

Desde 2008 com a criação das primeiras turmas na Universidade de Brasília e Universidade Federal do Acre, de bacharelado em saúde coletiva, estas problemáticas permeiam o debate dos graduandos e egressos<sup>5</sup>. Logo, a preocupação pela busca da superação destas surge a partir da estruturação, organização, planejamento, financiamento e o contato frequente das lideranças do movimento estudantil e egressos que compunham outrora essas lideranças, que sempre estiveram em contraponto às responsabilidades individuais acadêmicas e pessoais. Foram realizadas desde 2009 rodas de conversas em congressos do campo da Saúde Coletiva, Encontros Nacionais de Estudantes, mobilizações de coletivos de representação nacional dos estudantes e ciclos de debates técnicos, sobre atuação dos sanitarias. Todos estes momentos criam os pontos de convergência das vivências de cada um dos sanitarias, traduzindo essa formação generalista em aplicações reais no mundo do trabalho e na sociedade.

Frente ao exposto, a constituição de uma organização de representação dos Bacharéis em Saúde Coletiva tornava-se primordial para apoiar na superação das problemáticas pontuadas. E nesse contexto que se dá a construção da Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC), tendo por objeto de atuação a superação de tais problemáticas e a busca de fortalecimento do movimento da Saúde Coletiva, enquanto campo epistemológico e prático.

Dessa forma, este artigo tem por objetivo realizar um relato deste processo construtivo, onde apresenta-se como se deu o movimento de criação da ABASC e quais foram os principais avanços do primeiro biênio de sua existência, a fim de se memorizar este significativo fato histórico na luta pelo (re)conhecimento do bacharel em Saúde Coletiva.

## **Metodologia**

Trata-se de um relato de experiência sobre a criação da primeira instituição de representação profissional dos bacharéis em Saúde Coletiva, a Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC)

Para subsidiar a reconstituição dos fatos históricos a serem relatados, inicialmente, organizou-se o arquivo pessoal da diretoria executiva da ABASC e de seus associados, e posteriormente houve solicitação de colaboração nos canais de comunicação oficiais da ABASC, tais como: *Instagram*, *Facebook*, e-mails oficiais e site institucional, possibilitando a coleta de informações que serão relatadas.

Frente às informações coletadas, foi possível dividi-las em três momentos históricos, sendo eles: **Primeiro momento:** O percurso histórico que levou até ABASC; **Segundo momento:** O processo de instituição da ABASC; e, **O terceiro momento:** O início das conquistas enquanto instituição de representação profissional, no qual apresentamos os principais avanços da primeira gestão da ABASC, estratégias de articulação, principais atividades, formas de sustentabilidade utilizadas e principais desafios.

### **Primeiro momento: O percurso histórico que levou até a criação da ABASC**

A primeira vez os estudantes da graduação em Saúde Coletiva se encontraram nacionalmente foi em Recife/PE, no 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). A organização de estudantes se deu por meio de uma rede social denominada *Orkut*, em que houve a primeira grande mobilização que resultou na I Assembleia Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva. Após este momento os

encontros foram se tornando mais frequentes, com a ideia de que era necessário o reconhecimento enquanto estudantes dessa nova graduação em Saúde Coletiva, discutindo o que nos aproximava e o que nos distanciava deste campo, ainda em formação.

Em 2010, ocorreu o IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva com a criação do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC) como instância permanente da Abrasco, a qual tinha como objetivo inicial mapear os processos mais importantes que envolviam a implantação dos cursos e sugerir agendas pertinentes aos seus desdobramentos. Neste mesmo ano, ocorreu a II Assembleia Nacional dos Estudantes, durante o Congresso de Planejamento e Gestão da ABRASCO, em Salvador – BA.

O I Encontro Nacional do Estudantes de Saúde Coletiva (ENESC) no Rio de Janeiro – RJ, em 2011, com a temática “Construindo a Graduação”, se caracterizou como um espaço de encontro de culturas, de trocas de saberes e formação política, e, principalmente, de fortalecimento de laços para a construção do Movimento Estudantil. Neste momento houve a criação da Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC) e eleição da primeira gestão, que surgiu da necessidade de organização do movimento estudantil para colaborar na consolidação do curso, reconhecimento dos bacharéis enquanto profissionais de saúde críticos-reflexivos capazes de contribuir no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro<sup>6</sup>.

Houve a inserção do Sanitarista no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)<sup>7</sup>, ainda em 2011, tendo o papel reforçar as ações desenvolvidas pelas equipes com apoio institucional e/ou matricial. Para que este profissional pudesse integrar a equipe e fosse registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por demanda do Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho criou um código provisório na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Um marco para a trajetória dos sanitaristas, ainda em 2011, foi a mudança do nome da entidade Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que passou a se chamar: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). A alteração aconteceu após Assembleia Geral de associados, no qual estavam presentes alguns estudantes e professoras da graduação que pressionaram as modificações em Estatuto Social da instituição política-científica<sup>8</sup>.

Conforme aumentava o número de estudantes de graduação em diversas universidades pelo país, os espaços estratégicos da saúde pública eram ocupados, a exemplo da 14<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2011. Nesta Conferência<sup>9</sup> foi aprovada uma proposta para regulamentar a profissão de sanitarista, bem como Reconhecimento da importância deste profissional na inserção desse profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que essas ações contaram o apoio do então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Na 15<sup>o</sup> e na 16<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, nos anos 2015 e 2019 respectivamente, houveram propostas que apoiassem a regulamentação de carreiras profissionais de Saúde Coletiva<sup>10</sup>, bem como moções de apoio que pediam o reconhecimento deste profissional e a possibilidade de que pudesse ser criado o cargo de gestor em saúde coletiva nas equipes dos programas e políticas dos SUS<sup>11</sup>. A aprovação destas propostas e moções em três Conferências nacionais seguidas demonstram a importância deste profissional para a saúde pública brasileira, tendo em vista que esta ferramenta de Controle social deve subsidiar a construção de políticas de saúde.

A primeira vez que se discutiu nacionalmente a criação de uma associação profissional foi no II ENESC em 2012, durante a plenária final, que aconteceu em Esteio-RS<sup>12</sup>. O debate abarcou a regulamentação profissional e a representação profissional, mostrando pela primeira vez os próximos caminhos a serem realizados no mundo do trabalho. Apresentou-se sobre os tipos de instituições representativas dentro da legislação brasileira, conselho, associação ou sindicato, quais eram as vantagens e desvantagens de cada uma, qual seria o amparo legal para constituição de cada uma destas. Neste momento não se chegou a um consenso sobre o melhor caminho a ser trilhado coletivamente, deixando o debate para os encontros nacionais e regionais dos anos seguintes.

Destaca-se que em 2012 as duas primeiras turmas da graduação em Saúde Coletiva formaram os primeiros 27 bacharéis em saúde coletiva no Brasil, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)<sup>13</sup>. Estes profissionais precisaram criar oportunidades para a inserção no mercado de trabalho pelo próprio desconhecimento da profissão a nível de graduação, levando a diversos entraves políticos e sociais.

Em 2015, após um longo processo de articulação dos bacharéis e professores da graduação, o Ministério da Saúde encaminhou ao Ministério do Trabalho o pedido de criação de um código específico para sanitaristas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), definindo um código com atribuições de trabalho específicas para esse profissional. A Nota Técnica 013/2015 da Coordenação-Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde<sup>14</sup>, do Ministério da Saúde, versava parte do histórico relativo à graduação e importância deste profissional para modernização e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Ao longo dos anos, a questão da identidade profissional esteve em debate, principalmente pela relação intrínseca com a ausência de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Saúde Coletiva. Esta pauta esteve em inúmeras reuniões nos cursos de graduação e dentro do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC). Em 2017, após articulações lideradas pelo FGSC e CONESC, com apoio do movimento estudantil, junto ao Ministério da Educação (MEC) foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Saúde Coletiva durante a audiência pública do Conselho Nacional de Educação, utilizadas até hoje para organização da graduação. Cabe destacar que embora tenham sido aprovadas no âmbito do Conselho Nacional de Educação, as DCN não foram homologadas no MEC, articulações que são constantemente pautadas junto ao Fórum de Graduação.

Ao longo desse histórico se torna evidente que as conquistas eram fruto de um movimento coletivo, mas que cada vez mais necessitavam de ser realizado de forma articulada entre os diversos atores dentro e fora da Saúde Coletiva. Houveram algumas oportunidades que se concretizaram a partir dos bacharéis ou professores da graduação estavam inseridos em locais de tomada de decisão. Outra evidência que emergiu desta trajetória foi a lacuna de representação profissional dos bacharéis, para além de momentos políticos, tendo em vista que os estudantes têm como representante a CONESC, e no meio acadêmico há o Fórum de Graduação, que reúne professores e estudantes.

Entre 2013 e 2018, durante congressos e nos Encontros Nacionais de Estudantes em Saúde Coletiva (ENESC), a discussão sobre a criação de uma associação sempre esteve presente. Em 2018, durante conversas em um grupo nacional por meio de um aplicativo móvel de troca de mensagens, decidiu-se realizar



um evento aberto a todos os egressos e atores chave para o campo da saúde coletiva, a realização do “Grupo de Estudos de Bacharéis em Saúde Coletiva sobre Organizações Profissionais”, que tinha por objetivo estudar os tipos de organizações profissionais que pudessem atender a demanda dos sanitaristas. O grupo de estudos em forma de oficina ocorreu em Brasília-DF<sup>15</sup>, durante o pré-congresso do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCÃO.

Esse grupo foi importante para definir os rumos da organização profissional, entendendo que não havia possibilidade legal de se criar um Conselho profissional, tendo em vista que só é criado após a regulamentação profissional e por lei federal. Ademais, encaminhou-se para a criação de uma associação sendo necessária a realização de articulações locais e posteriormente nacionais<sup>15</sup>. Após as conclusões do Grupo de Estudos, durante quase um ano, não foram identificadas ações de voluntários para criação da Organização Profissional, até a que bacharéis do Distrito Federal realizaram as primeiras movimentações.

## **Segundo momento: O processo de instituição da ABASC**

A Universidade de Brasília (UnB) foi pioneira no Brasil, junto com a Universidade Federal do Acre (UFAC) ao criar a graduação em Saúde Coletiva em 2008. Já em 2010, inovou ao criar seu segundo curso da graduação. Assim, no Distrito Federal (DF) há dois cursos, sendo o primeiro no campus da Faculdade de Ceilândia e o segundo no campus Darcy Ribeiro. Essa realidade foi propícia, tendo em vista que os primeiros egressos são do 1º Semestre de 2012 da própria UnB.

Assim, um grupo de bacharéis organizou em 22 de junho de 2019, o I Arraiá da Saúde Coletiva, evento com a participação de 35 pessoas, de todos os anos de formação, dos dois cursos. Neste evento, debateu-se o apoio à criação da Associação estadual em Brasília/DF.

Após o evento que reuniu os graduados do Distrito Federal, foi agendada a primeira reunião oficial de criação da Associação, em 06 de julho de 2019, em que se discutiu de porquê de criar uma associação, o processo histórico dessa construção e uma primeira proposta do que viria a ser a configuração estatutárias da instituição, que tinha como perspectiva ser uma associação local, entretanto,

bacharéis de outros estados manifestaram interesse em participar dessa organização.

A 2ª Reunião para instituição da Associação foi realizada semipresencial, no dia 13 de julho de 2019, para que outras pessoas de todo o país pudessem participar. Neste dia, conforme orientações jurídicas, foi criada a comissão provisória, composta por quatorze egressos, das seguintes universidades: Universidade de Brasília (UNB), Universidade Federal do Acre (UFAC), Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A partir da comissão provisória de instituição houve a colaboração de bacharéis de diversos estados, que tinham desenhado propostas de associações locais, para que fosse possível criar o estatuto da ABASC. A versão preliminar do estatuto social passou por consulta pública, validação de egressos interessados e por análise jurídica. Na divulgação, utilizou-se os perfis dos Centros Acadêmicos (CA) das universidades que possuem o curso de graduação em Saúde Coletiva, grupos de mensagens, redes sociais pessoais, para colaboração online no documento que daria origem à instituição de representação. Todas as sugestões foram analisadas pela Comissão e pelo advogado da associação, que acompanhou todo o processo de formalização da ABASC.

A assembleia de instituição da ABASC foi realizada em 03 de agosto de 2019, com a participação de 54 membros fundadores e diversos participantes *online*, incluindo estudantes, bacharéis e professores da graduação em Saúde Coletiva.

A primeira gestão foi empossada na mesma data da assembleia, a partir do processo eleitoral, com mandato no período de agosto de 2019 a agosto de 2021. A chapa única *“Gestão Coletivizar: Juntos somos mais fortes”* apresentou sua proposta para o biênio e suas pautas, com foco prioritário na construção de um coletivo fortalecido e representativo, para reativação da luta pelo reconhecimento profissional.

### **Terceiro momento: O início das conquistas enquanto instituição de representação profissional**

Os primeiros meses de existência da instituição foram de intensas discussões para aprimoramento da proposta da gestão e para registro da ABASC

junto aos órgãos públicos do Brasil. Além de reconhecer em cartório a ata da assembleia de fundação e o estatuto, providenciou-se a inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), conta bancária e endereço comercial. Todos esses registros só foram possíveis a partir da colaboração financeira de egressos, professores, estudantes e apoiadores da causa.

A emissão do CNPJ e dos documentos de registro de existência foram emitidos oficialmente em 26 de dezembro de 2019. A ABASC, instituição sem fins lucrativos, tem como objeto social<sup>16</sup> representar, patrocinar e defender os interesses dos estudantes de graduação e profissionais bacharéis em Saúde Coletiva; defender os interesses da população brasileira relativos à saúde, à seguridade social e à cidadania e à defesa do patrimônio público correlato; e, cumprir suas finalidades estatutárias, agindo como mecanismo de representação e articulação frente a organizações governamentais, os poderes da república e a sociedade civil.

Entre agosto e dezembro de 2019, além das formalizações, a diretoria executiva realizou o processo de planejamento estratégico<sup>17</sup>. Tendo em vista inúmeras questões emergentes, optou-se por não elaborar o planejamento institucional, mas focar em um processo de identificação das problemáticas do mundo real que os estudantes e bacharéis em saúde coletiva estavam enfrentando em seus cotidianos no mercado de trabalho.

A construção deste planejamento se deu através de consulta pública aberta a todos os bacharéis do país, compreendendo que todos os movimentos da Associação precisariam ser representativos de um coletivo de profissionais. Foi utilizada a ferramenta Matriz SWOT, referência de utilização para se fazer um diagnóstico de cenário para nortear a atuação de uma organização. Todas as sugestões foram analisadas individualmente e foi construída uma Matriz Central e seis Objetivos Estratégicos (Quadro 1), que foram desdobrados em macro e micro ações a serem executadas ao longo da primeira gestão<sup>17</sup>.

**Quadro 1** – Planejamento estratégico da Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABSC) 2019-2021.

<b>PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2019-2021</b>	
<b>DIRETRIZ CENTRAL</b>	Fortalecimento do Bacharel em Saúde Coletiva como profissional (re)conhecido, qualificado e inserido no mercado de trabalho.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS				
Fomentar o processo de regulamentação da profissão Sanitarista	Potencializar a integração e comunicação entre atores do campo da saúde coletiva	Difundir as possibilidades de inserção no mercado de trabalho para os Bacharéis em Saúde Coletiva	Promover a qualificação dos Bacharéis em Saúde Coletiva frente às carências profissionais existentes	Colaborar com o aprimoramento da formação na graduação do Bacharel em Saúde Coletiva

Fonte: Planejamento Estratégico da Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC) 2019-2021.

Destaca-se que as três grandes problemáticas ficaram evidentes com o desenvolvimento participativo de planejamento estratégicos: divergências na identidade profissional do sanitarista, a falta de regulamentação da profissão de sanitarista e a dificuldade de inserção no mercado de trabalho.

O Estatuto Social da ABASC<sup>16</sup> é o instrumento que norteia as ações da instituição em relação ao seu funcionamento. São três instâncias de tomada de decisão e fiscalização: assembleia geral, conselho fiscal e diretoria executiva, que funcionam de forma colegiada e democrática, com pautas definidas e cíclicas, obedecendo às bases legais. O organograma atual da associação é composto por 11 cargos titulares e 3 suplentes, sendo 7 componentes da Diretoria Executiva (presidência, tesouraria, secretaria executiva e 4 vice-presidências) e 6 membros do Conselho Fiscal (3 titulares e 3 suplentes), que se propõe a trabalhar de forma voluntária durante dois anos de gestão, podendo ser remunerados a partir da deliberação da assembleia geral, a depender da disponibilidade orçamentária.

No objetivo de *fomentar o processo de regulamentação da profissão Sanitarista*, a primeira gestão trabalhou na compreensão do processo de regulamentação, quais seriam os trâmites no Congresso Nacional, quais instituições poderiam nos apoiar no processo de regulamentação, verificação das lições aprendidas das tentativas anteriores de submissão de anteprojetos, elaboração de levantamento das quatro últimas profissões que conseguiram regulamentação na área da saúde, identificação de parlamentares apoiadores da pauta e desenho da estratégia da ABASC para impulsionamento da regulamentação da profissão.

Para potencializar a integração e comunicação entre atores do campo da saúde coletiva realizou-se as movimentações de mobilização do coletivo através de redes sociais institucionais. Além disso há articulações com: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e CONESC, com apoio às pautas correlatas em cada uma das organizações.

Ademais, quanto a difundir as possibilidades de inserção no mercado de trabalho para os bacharéis em Saúde Coletiva, a gestão realizou as divulgações das vagas detectadas pela equipe em que se enquadram em oportunidades para os sanitaristas. Além disso, foi possível contratar profissionais, principalmente sanitaristas, para atuarem em atividades de consultorias em saúde, além de apoio à divulgação de profissionais qualificados nos canais de comunicação. A ABASC, neste aspecto, se configura como vitrine para apoio a difusão das informações dos profissionais do meio da Saúde Coletiva.

Outro exemplo de apoio as possibilidades de inserção foi a divulgação massiva das atividades que poderiam ser desenvolvidas pelos sanitaristas de graduação no enfrentamento à pandemia da Covid-19, em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCov) declarado como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pela Portaria MS nº 188, em 03 de fevereiro de 2020<sup>18</sup>, para todas as Secretarias Estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde através de ofícios. Relacionado a isso, também solicitamos que os bacharéis que estão ou estiveram na linha de frente de combate a pandemia da Covid-19 que explicassem sua atuação, atividades e principais desafios, com intuito de divulgar experiências exitosas na área<sup>19</sup>.

O objetivo de promover a qualificação dos Bacharéis em Saúde Coletiva frente às carências profissionais existentes foi trabalhado principalmente no diagnóstico junto aos sanitaristas, mesmo aqueles que não estão inseridos no mercado de trabalho. De acordo com Melo (2007), a transição universidade-mercado de trabalho é marcada pela necessidade de retorno dos jovens à universidade. Cerca de 50% dos jovens entrevistados, de diversas áreas de formação, indicaram falta de preparação para o mercado de trabalho. Sabe-se que na Saúde Coletiva



esse contexto é agravado pelo não reconhecimento profissional do BSC em legislação<sup>20</sup>.

A fim de colaborar com o aprimoramento da formação na graduação do Bacharel em Saúde Coletiva houve aproximações com a Universidade de Brasília, campus da Faculdade de Ceilândia, para colocarmos nossos diagnósticos das lacunas da formação da Saúde Coletiva, principais dificuldades encontradas no mundo do trabalho relacionado aos conhecimentos técnicos não trabalhados durante a formação. A principal premissa adotada nestes encontros é de que a universidade precisa se aproximar dos egressos para identificar, com maior clareza, as potencialidades da formação e as fragilidades.

Além das estratégias lançadas pela ABASC, acerca da minimização dos efeitos que os três grandes problemas enfrentados pelo movimento da Saúde Coletiva acarretam para existência da profissão, pode-se destacar três ações fundamentais no primeiro biênio da ABASC, determinantes para o processo de divulgação e reconhecimento do BSC no mundo do trabalho.

A primeira ação foi a conquista de uma consultoria técnica especializada para o levantamento e o diagnóstico das necessidades emergenciais relacionadas à saúde da população atingida pelo rompimento da barragem Mina Córrego do Feijão, que ocorreu em Brumadinho, Minas Gerais (MG), em janeiro de 2019. A ABASC concorreu ao edital visando: apoiar a iniciativa de defender os interesses das populações atingidas por um desastre socio-tecnológico e sua reparação integral; desenvolver um trabalho técnico para o portfólio da Saúde Coletiva; e, abertura cenários para atuação profissional de sanitaristas<sup>21</sup>.

O trabalho técnico foi executado majoritariamente por bacharéis em Saúde Coletiva, com expertise em epidemiologia, economia e financiamento em saúde, planejamento e gestão de serviços, análises qualitativas, entre outras. Nesse aspecto, a consultoria foi importante para demonstrar que os sanitaristas de graduação são capazes de atuar em várias especialidades. Como exigência da contratante, também foram contratados outros profissionais de saúde, incluindo psicólogos, que também tinham pós-graduação em Saúde Coletiva e puderam atuar na interface entre Saúde Mental e Saúde Coletiva no contexto da Saúde Pública dos atingidos pelo desastre sócio-tecnológico. Como principal resultado, foram identificados os danos à saúde da população atingida e prioridades de atuação e

mobilização. Os resultados foram divulgados no site da Associação Estadual de Defesa Ambiental e Social, contratante do serviço<sup>21</sup>.

O I Congresso Nacional de Bacharéis em Saúde Coletiva (CONABASC), terceira ação fundamental para o movimento da Saúde Coletiva, foi o evento que reuniu durante dois dias mais de cem participantes. O tema foi “A atuação profissional do bacharel em saúde coletiva: concepções, dilemas e perspectivas”, com objetivo de promover um espaço de discussão e mostra de experiências sobre a atuação profissional do bacharel em saúde coletiva e sua inserção no mercado de trabalho e no âmbito acadêmico, a fim de fomentar a visibilidade e reconhecimento como profissional, e propagar suas diversas práticas de atuação.

O processo de revisão, discussão, articulação e conquista de apoio à submissão do anteprojeto de Lei da regulamentação da profissão de sanitarista foi a segunda ação dessa lista. A primeira versão do texto nasceu das discussões no Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO, em 2018. O texto foi debatido durante o IX ENESC e no Grupo de Estudos de Bacharéis em Saúde Coletiva sobre “Organizações Profissionais” realizado em formato de oficina no Pré-Congresso Nacional de Saúde Coletiva (ABRASCÃO) do mesmo ano. Após aprovação do texto foi retirada comissão de articulação política para que o texto fosse submetido à apreciação no Congresso Nacional. Entretanto, o Brasil estava em momento político desfavorável tendo em vista o semestre de eleição presidencial.

O texto aprovado em 2018, foi levado para debate pela ABASC internamente e foi submetido a consulta pública a bacharéis e estudantes de todo país durante trinta dias, com divulgações semanais em redes sociais e grupos de e-mails. O resultado foi discutido em 24 de outubro de 2020, em assembleia virtual com graduandos, egressos e professores, tendo como produto final um texto que a ABASC levaria para reuniões de articulação de apoio ao anteprojeto, com parlamentares e assessorias.

Assim, após articulações políticas, o Deputado Alexandre Padilha submeteu como autor o Projeto de Lei nº 1821/2021, de 17 de maio de 2021, que busca regulamentar a profissão de Sanitarista, este projeto prevê que podem ser habilitados como Sanitaristas os bacharéis, mestres e doutores em Saúde Coletiva, formados pelo curso de pós-graduação a nível de Residência em Saúde na área de

Saúde Coletiva, e profissionais que atuem no exercício da atividade profissional por pelo menos cinco anos<sup>22</sup>.

Ademais, houve participação enquanto ente técnico de representação dos bacharéis na Audiência Pública<sup>23</sup> de 03 de agosto de 2021, a pedido do Deputado Odorico Monteiro, que era o relator da proposta na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, para debater sobre a regulamentação da profissão de Sanitarista, prevista no PL 1821/21, e sua importância para a saúde pública no Brasil.

Ressalta-se que a regulamentação da profissão se faz necessária para que o Estado Brasileiro reconheça juridicamente a existência dessa profissão, a fim de garantir que profissionais qualificados estejam responsáveis pela gestão sistêmica da saúde. Com a regulamentação será possível proteger a população de consultas profissionais inadequadas e antiéticas, fortalecer a formação técnica na gestão da saúde coletiva e garantir a responsabilização profissional.

O profissional sanitário possui o olhar global para o processo saúde-doença, assim consegue fazer a coordenação entre os níveis de atenção com a diminuição da fragmentação do cuidado, e atua principalmente fazendo o elo entre os conhecimentos técnicos e populares para a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Por fim, mostrou-se que o Sanitarista tem por objeto de cuidado o coletivo, sem perder o olhar para as especificidades inerentes aos sujeitos e seus contextos, atuando em parceria com os demais profissionais.

## **Considerações finais**

Diante do percurso dos bacharéis em Saúde Coletiva enquanto movimento social e profissional, e, por toda a demanda da população brasileira por novas práticas em saúde, o profissional sanitário é uma das profissões mais promissoras para a área. Construir e difundir a identidade profissional, práticas e saberes da Saúde Coletiva são missões claras para as instituições que se propõem a inovar e discutir o tema.

Mas então, o que de fato justifica a construção de uma organização de representação dos bacharéis em Saúde Coletiva? Para além dos problemas

levantados pelo movimento de egressos da graduação amplamente debatidos, há necessidade garantir um espaço formal de representação, que se mantenha presente nas discussões institucionais como corpos intermediários, entre o indivíduo e o Estado, entre o público e o privado, só assim, é possível garantir participações igualitárias perante Instituições, Governo e Mercado de trabalho<sup>24</sup>.

Até 2021, momento em que o artigo foi redigido, a ABASC é única instituição que cumpre o papel de corpo intermediário de representação profissional dos indivíduos formados na graduação em Saúde Coletiva, que dedica majoritariamente seus investimentos para o crescimento, reconhecimento e fortalecimento dos Sanitaristas de graduação. Sem dúvida configura um movimento pioneiro de profissionalização da Saúde Coletiva, sem esquecer que esta é um campo epistemológico de contínua reflexão, construção de saberes e de práticas relacionadas a Epidemiologia, as Ciências Humanas e Sociais, aos Sistemas e Serviços de Saúde, Ambiente e Saúde, e, Políticas de Saúde.

A primeira gestão da ABASC tem a expectativa de que para os próximos anos de existência da ABASC não seja necessário justificar a necessidade de um coletivo institucional e organizado, e que tenhamos em debate “*como é possível fortalecer minha associação?*” ou “*Como é possível contribuir para melhorar minha profissão?*”, a luz da premissa de que juntos, os sanitaristas de graduação, serão mais fortes.

## Referências

1. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010, v. 15, n. 4 [citado 10 de Julho de 2021], pp. 2029-2038. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400017>>. Epub 02 Ago 2010. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400017>
2. Paim JS, Pinto IC. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *TEMPUS* [Internet]. 2 de novembro de 2013 [citado 15 de agosto de 2021];7(3): Pág.13-35. Available from: [//www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1390](http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1390).
3. Ministério do Trabalho (TEM). Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) [homepage na internet]. Informações Gerais [citado 17 de Julho de 2021] Available from: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesgerais.jsf#3>

4. Viana JL, Souza ECF de. OS NOVOS SANITARISTAS NO MUNDO DO TRABALHO: UM ESTUDO COM GRADUADOS EM SAÚDE COLETIVA. Trab Educ e Saúde [Internet]. 2018 Dec [citado 22 de agosto de 2021];16(3):1261–85. Available from: <http://www.scielo.br/j/tes/a/h97VDPC7WvZFcRLy3yXwsTw/?lang=pt>
5. Lorena AG de, Santos L, Rocha CF, Lima MSS, Pino MR, Akerman M. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?1. Saúde e Soc [Internet]. 2016 Apr 1 [citado 20 de agosto de 2021];25(2):369–80. Available from: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/HQHx8pTWzqy4VkpHv6D5Wzb/abstract/?lang=pt>
6. Sampaio JRC, Santos RD dos S. Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos. TEMPUS [Internet]. 2º de novembro de 2013 [citado 22º de agosto de 2021];7(3):Pág. 81-89. Disponível em: [//tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1395](http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1395)
7. Brasil. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011, Out. 24; ; p.48 (seção I): Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
8. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Sobre a Abrasco [homepage na internet]. [Acessado 10 de agosto de 2021] Rio de Janeiro – RJ; Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde - Todos usam o SUS SUS na Seguridade Social Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro [Internet]. (Série C Projetos, Programas e Relatórios). [Acessado 14 de agosto de 2021] Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Available from: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14\\_cns%20relatorio\\_final.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 507, de 16 de março de 2016. Publicar as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final [Internet]. [Acessado 14 de agosto de 2021] Brasília: Ministério da Saúde. 2016. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Reso507.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde – Democracia e Saúde [Internet]. [Acessado 14 de agosto de 2021] Brasília: Ministério da Saúde. 2019. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/16\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_nacional\\_consolidado.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/16_conferencia_nacional_saude_relatorio_nacional_consolidado.pdf)
12. II Encontro Nacional de Estudantes de Saúde Coletiva. Apresentação: Regulamentação e forma de organização profissional [Internet]. Porto Alegre-RS, 2012 [acessado 20 de agosto de 2021]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/19uUIck3t7U2Vs6FCYg4qee6vqMCwEJwT/view>

13. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (2021). Dados Estatísticos dos Cursos de GRADUAÇÃO - PRESENCIAIS e a DISTÂNCIA, segundo as Instituições de Ensino e o Curso. Censo de 2009 a 2019 - CURSO DE SAÚDE COLETIVA. Fonte: MEC/Inep; Censo da Educação Superior de 2009 A 2019. Tabela elaborada por Inep/DEED.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Coordenação-Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde. Nota Técnica 013/2015: Consolidação de informações referentes ao solicitado pela equipe técnica da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO da Secretaria de Políticas Públicas de Emprego do Ministério do Trabalho e Emprego (SPPE/MTE) sobre a inclusão de uma nova ocupação [Internet]. Brasília, 2015 [acessado em 15 de julho de 2021]. Available from:  
<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/NT-SANITARISTA-CBO-para-MTE-final-ENVIADO-1.pdf>
15. Grupo de Estudos dos Bacharéis em Saúde Coletiva: Tipos de Organizações Profissionais. Documento sobre a reunião no pré-congresso do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. [acessado em 12 de julho de 2021]. Available from:  
<https://drive.google.com/file/d/1iQvG9sbsaWWhyfenor0HCmzSDVZGBDqZv/view>
16. Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC). Estatuto Social [homepage na internet]. Brasília, 2019. [acessado 08 de agosto de 2021] Available from:  
<https://drive.google.com/file/d/16GtqopOKJ6HveJlB8-CBBBpP1YkAkKXN/view>
17. Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC). Planejamento Estratégico da ABASC 2019-2021 [homepage na internet]. Brasília, 2019. [acessado 08 de agosto de 2021]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1gr9trihpCbcNFoDBkXBSX-gIV6xH7nLb/view>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 188, de 3 de Fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). [acessado em 03 de julho de 2021] Available from:  
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
19. Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC). Como o bacharel em Saúde Coletiva pode contribuir para o enfrentamento do Covid-19? [internet]. Brasília, 2020. Available from:  
<http://abascaudecoletiva.com/como-o-bacharel-em-saude-coletiva-pode-contribuir-para-o-enfrentamento-do-covid-19-noticias>
20. Melo SL de, Borges LO. A transição da universidade ao mercado de trabalho na ótica do jovem. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2007, v. 27, n. 3 [Acessado 15 Julho 2021], pp. 376-395. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000300002>>. Epub 08 Ago 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000300002>.

21. Associação Estadual de Defesa Ambiental e Social (Aedas). Danos à saúde: Aedas apresenta relatório de estudos realizados por consultoria em Brumadinho [Internet]. Belo Horizonte-MG, 2021 Jul 05. [acessado 10 de julho de 2021] Available from:  
<https://www.aedasmg.org/post/danos-a-saude-aedas-apresenta-relatorio-de-estudos-realizados-por-consultoria-em-brumadinho>
22. Brasil. Câmara dos Deputados. Pagina inicial/Atividade Legislativa/projetos de Lei e outras proposições/ PL 1821/2021 [Internet]. Projeto de Lei nº 1821 de 2021, autor: Alexandre Padilha - PT/SP, Apresentação 17 de maio de 2021, Ementa: Dispõe sobre a regulamentação da atividade profissional de sanitarista e dá outras providências. [acessado 22 de agosto de 2021] Available from: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=2011996](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2011996)
23. Brasil. Câmara dos Deputados. "PL - 1821/2021 - Profissão de Sanitarista" Audiência Pública 3 de Agosto de 2021 às 14:30 [Internet]. Plataforma: Audiências Interativas da câmara dos deputados. Brasília-DF, 2021. [acessado em 03 de agosto de 2021]. Vídeo: 2 horas 03 minutos e 52 segundos. Available from: <https://edemocracia.camara.leg.br/audiencias/sala/2104>
24. Barreto A. Representação das associações profissionais. A influência francesa no debate brasileiro da década de 30. Revista de Informação Legislativa. Brasília a. 45 n. 177 jan./mar. 2008. [Acessado 12 Julho 2021]. Disponível em:  
[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/160333/Representa%C3%A7%C3%A3o\\_as\\_socia%C3%A7%C3%B5es\\_profissionais\\_177.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/160333/Representa%C3%A7%C3%A3o_as_socia%C3%A7%C3%B5es_profissionais_177.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**Sanitaristas em ação: identidade profissional e atuação do sanitaria no contexto da pandemia da Covid-19**

*Sanitarians in action: professional identity and performance of the sanitarians in the context of the Covid-19 pandemic*

*Sanitaristas en acción: identidad profesional y desempeño sanitario en el contexto de la pandemia Covid-19*

Jhennifer Karolayne da Silva Bezerra

Janilly Laís da Silva

Jônatas Lucas Marcelino da Silva

Janaína Kalline de Oliveira

Fabiana de Oliveira Silva Sousa

**Resumo:** O sanitaria é um profissional que atua no fortalecimento da promoção, proteção e recuperação da saúde, atuando em todos os níveis de atenção e em vários setores do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, ainda é necessário ampliar a visibilidade sobre a atuação desse profissional. Esse trabalho é um relato da experiência de um projeto de extensão cujo objetivo é ampliar a visibilidade acerca da atuação do sanitaria no SUS, principalmente na atenção básica, e produzir conteúdos educativos para usuários e profissionais da saúde sobre a prevenção e tratamento da Covid-19 e outras doenças ou problemas de saúde prevalentes no Brasil. Com a suspensão das atividades presenciais em decorrência da pandemia de Covid-19, o projeto vem sendo desenvolvido, desde maio de 2020, no formato remoto por uma equipe composta por sanitarias residentes que atuam na atenção básica, estudantes e docentes da graduação de saúde coletiva do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco. Utilizando-se Tecnologias de Informação e Comunicação são realizadas ações nos eixos de educação em saúde, educação permanente em saúde, e divulgação da atuação do sanitaria. Essa experiência corrobora com as evidências sobre a importância do sanitaria, através da ampliação da visibilidade sobre sua extensa área de atuação e sobre o papel da universidade na formação de profissionais implicados com a defesa do SUS e do



enfrentamento de problemas sociais como os vivenciados no contexto da pandemia de Covid-19.

**Palavras-chave:** Área de Atuação Profissional, Saúde Coletiva, Educação em Saúde, Educação Permanente, COVID-19.

**Abstract:** The sanitarian is a professional who works to strengthen the promotion, protection and recovery of health, working at all levels of care and in various sectors of the Unified Health System (SUS). However, it is still necessary to increase the visibility of the work of this professional. This work is an account of the experience of an extension project whose objective is to increase the visibility of the role of the public health worker in the SUS, especially in primary care, and to produce educational content for users and health professionals on the prevention and treatment of Covid-19 and other diseases or health problems prevalent in Brazil. With the suspension of face-to-face activities due to the Covid-19 pandemic, the project has been developed, since May 2020, in a remote format by a team composed of resident sanitarians who work in primary care, students and teachers of the collective health graduation from the Academic Center of Vitória of the Federal University of Pernambuco. Using Information and Communication Technologies, actions are carried out in the areas of health education, permanent health education, and dissemination of the activities of the sanitarians. This experience corroborates the evidence on the importance of the sanitarian, through the expansion of visibility of their extensive area of activity and on the role of the university in the training of professionals involved in the defense of the SUS and in the confrontation of social problems such as those experienced in the context of the Covid-19 pandemic

**Keywords:** Professional Practice Area, Collective Health, Health Education, Continuing Education, COVID-19.

**Resumen:** El sanitario es un profesional que trabaja para fortalecer la promoción, protección y recuperación de la salud, actuando en todos los niveles de atención y en diversos sectores del Sistema Único de Salud (SUS). Sin embargo, aún es necesario aumentar la visibilidad del trabajo de este profesional. Este trabajo es un relato de la experiencia de un proyecto de extensión cuyo objetivo es aumentar la visibilidad del papel del trabajador de salud pública en el SUS, especialmente en la atención primaria, y producir contenido educativo para usuarios y profesionales de la salud sobre la prevención y tratamiento de Covid-19 y otras enfermedades o problemas de salud prevalentes en Brasil. Con la suspensión de las actividades presenciales a causa de la pandemia de la Covid-19, el proyecto se desarrolla, desde mayo de 2020, en formato a distancia por un equipo integrado por sanitarios residentes que trabajan en atención primaria, estudiantes y docentes de la graduación en salud colectiva del Centro Académico de Vitória de la Universidad Federal de Pernambuco. Utilizando las Tecnologías de la Información y la Comunicación se realizan acciones en las áreas de educación para la salud, educación permanente en salud y difusión de las actividades de los sanitarios. Esta experiencia corrobora la evidencia sobre la importancia del sanitario, a través de la ampliación de la visibilidad sobre su amplia área de actuación y sobre el papel de la universidad en la formación de profesionales involucrados en la defensa del SUS y en el

enfrentamiento de los conflictos sociales. problemas como los vividos en el contexto de la pandemia del Covid-19.

**Palabras clave:** Área de Práctica Profesional, Salud Colectiva, Educación para la Salud, Formación Continua, COVID-19.

## INTRODUÇÃO

O sanitarista é um profissional que atua no fortalecimento da promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva através de vários setores do Sistema Único de Saúde (SUS), nos níveis primário, secundário e terciário, nas vigilâncias em saúde, na gestão e planejamento de serviços de saúde, trabalhando com programas e políticas específicas<sup>1-3</sup>. Anteriormente, a formação do sanitarista ocorria apenas em nível de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) em saúde pública. Buscando antecipar a formação desse profissional foram criados cursos de graduação em Saúde Coletiva, os quais possuem uma grade curricular com integração entre diversas áreas de conhecimento, em caráter interdisciplinar, com conteúdos teóricos e práticos voltadas para gestão de políticas, programas e serviços de saúde<sup>4</sup>.

A atenção básica é uma das diversas áreas onde o sanitarista pode atuar, desde a gestão de políticas, serviços e equipes que atuam nesse nível assistencial, até a composição de equipes multiprofissionais como acontece no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)<sup>5</sup>. Alguns municípios contam com a presença do sanitarista na composição de suas equipes NASF-AB a partir de contratação direta com a gestão municipal<sup>6</sup> ou através da inserção de programas de residências multiprofissionais em saúde da família/atenção básica<sup>7</sup>. No entanto, algumas pesquisas indicam a necessidade de fortalecer a formação do sanitarista para atuar em equipes multiprofissionais na atenção básica, ampliando a inserção dos graduandos em cenários de atuação onde sejam desenvolvidas atividades de promoção, prevenção e atenção à saúde de modo interprofissional e em contato direto com os usuários da rede de atenção básica<sup>7-8</sup>.

O Centro Acadêmico de Vitória (CAV) é um dos *campi* da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e está localizado no município de Vitória de Santo Antão, zona da mata do estado. O CAV implantou o primeiro curso de bacharelado em saúde coletiva de Pernambuco em 2013 e, alguns anos depois, criou vagas para atuação desse profissional no seu Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde

(PRMIAS), cujo principal cenário de práticas é a rede de atenção básica. A partir dessa vinculação de docentes de saúde coletiva e sanitарistas residentes é que foi criado, em 2019, um projeto de extensão intitulado: “Atuação do sanitарista na Atenção Básica: experiências e debates sobre o ensino, pesquisa e extensão”. A implementação desse projeto estava relacionada à intenção de capilarizar o debate sobre atuação desse profissional no âmbito da atenção básica de forma mais rápida entre docentes, estudantes e os serviços de saúde. E as ações extensionistas têm o potencial de viabilizar, de forma mais flexível, esse tipo de experiência no processo formativo.

A extensão universitária é amplamente reconhecida como parte do tripé acadêmico do ensino superior, junto com a pesquisa e o ensino, e como uma potente estratégia para fortalecimento do vínculo entre a universidade e a sociedade, com vistas à formação de profissionais e cidadãos com conhecimentos, atitudes e competências pertinentes para atender as necessidades sociais da realidade onde estão inseridos<sup>9</sup>. Assim, esse projeto de extensão nasceu, também, com o propósito de aproximar os futuros sanitарistas do mundo do trabalho, a partir de vivências nas equipes multiprofissionais do NASF-AB, na perspectiva que essa vivência instigasse os atores envolvidos no reconhecimento das necessidades de saúde apresentadas pela população e buscassem, a partir do seu repertório técnico-científico e do contexto social, pensar/desenvolver respostas para colaborar na resolução das demandas de saúde identificadas.

O projeto foi implementado em novembro de 2019 com o objetivo geral de desenvolver um processo de formação integrada entre estudantes de graduação, sanitарistas residentes, usuários e profissionais de saúde, com ênfase na atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Os estudantes deveriam participar do planejamento e implementação de vivências nas unidades básicas de saúde e seus territórios adscritos junto com os residentes sanitарistas e demais participantes das equipes do NASF-AB. Além disso, deveriam participar de debates mensais sobre o processo de trabalho na atenção básica, formação dos trabalhadores para o SUS, educação popular em saúde e outros temas escolhidos a partir do repertório de experiências dos participantes e/ou necessidades de formação identificadas.

Entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020 foram realizadas algumas reuniões para integração da equipe (formada por 6 estudantes, 6 sanitарistas residentes e 3 docentes), oficinas de alinhamento conceitual sobre atenção básica, NASF-AB e trabalho em equipe; e

oficinas de planejamento das vivências no território. Contudo, em março de 2020, devido a pandemia causada pela Covid-19, as atividades presenciais da universidade foram suspensas, inclusive as de extensão. Com o avanço das repercussões sociais e sanitárias da Covid-19, a equipe do projeto de extensão construiu um novo plano de atividades para que as ações extensionistas pudessem ser desenvolvidas de modo remoto. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência do referido projeto de extensão sobre atuação do sanitário na atenção básica, no contexto da pandemia pela Covid-19.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Extensão universitária em tempos de pandemia: construindo trilhas ao caminhar**

Caminhante, não há caminho,  
o caminho se faz ao caminhar.  
(Antonio Machado)

Com o início da pandemia, a equipe do projeto de extensão realizou algumas adaptações para que o novo plano de trabalho pudesse ser cumprido de forma remota. Ficaram definidos como objetivos específicos: i) produção de conteúdo educativo para usuários e profissionais da saúde sobre a prevenção à Covid-19 e outros agravos e doenças prevalentes no Brasil; ii) divulgação sobre a atuação do profissional sanitário no setor saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19; iii) educação permanente sobre processo de trabalho do sanitário na atenção básica.

Para alcançar os objetivos do projeto, a equipe tem utilizado tecnologias da informação e comunicação, ferramentas digitais e uso de mídias sociais como: plataforma do *google meet*, *instagram*, *whatsapp*, ferramentas para elaboração de *POST* como por exemplo *designers Canva* e *Picsart*, além de outros aplicativos de edição e produção de vídeos que se tornaram indispensáveis para construção dos materiais educativos como, por exemplo, o *InShot*, o *Clideo*, o *Beecut* e o *YouCut-Vídeos Editor*. A utilização de algumas dessas plataformas foi outro desafio enfrentado pela equipe, visto que a maioria dos integrantes não

tenham familiaridade com esses aplicativos, sendo necessário estudar e realizar oficinas com os participantes para possibilitar a construção dos materiais de forma atrativa e inovadora.

Para fazer a divulgação dos materiais educativos e eventos, a equipe criou uma conta no *instagram* intitulada “Sanitaristas em Ação”, nome escolhido para dar visibilidade a esse profissional. E com o intuito de criar uma identidade visual adotou-se uma mascote com nome de “Oswaldinho” em homenagem ao sanitariano Oswaldo Cruz (Figura 1).

Figura 1: Oswaldinho



Fonte: sanitarias em ação.

O personagem foi criado como um *bitmoji* por meio do aplicativo de mensagens multimídia: *Snapchat*. Com o objetivo de trazer conteúdo de forma dinâmica e atrativa, ele foi produzido com uma diversidade de expressões faciais e com um aspecto divertido. Desde então, em todas as postagens, ele vem sendo utilizado e cada expressão escolhida vai de acordo com o conteúdo, como por exemplo, a figura de estar pensando, muito utilizado nas artes que contém perguntas, e até mesmo as de dicas em combate ao novo coronavírus como no caso da figura em que diz “use a máscara” (Figura 1).

Também foi criada uma logo para o projeto (Figura 2), com os seguintes significados: O círculo remete-se a coletividade; a cor verde representa o setor saúde; Oswaldo Cruz que é um dos maiores sanitarianos brasileiros; as cobras fazem referência ao mal e bem (doença e

cura) ou o processo de saúde e doença que é estudado em epidemiologia; e o fogo e asas da fênix que se refere ao ressurgimento da profissão do sanitariano.

Figura 2: Logo do Sanitaristas em Ação.



Fonte: Sanitaristas em Ação.

Para a identidade visual do perfil na rede social *Instagram*, o layout das publicações segue um padrão, tendo como base a arte com os símbolos das instituições e programas: Saúde da Família, Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (ProExC), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro Acadêmico de Vitória (CAV), Sistema Único de Saúde (SUS), Saúde Coletiva e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Sanitaristas em Ação (Figura 3). Além disso, todos os meses, as cores variam de acordo com a definição da temática que será abordada ou com o calendário da saúde, tais como: Setembro Amarelo, Outubro Rosa e Novembro Azul, etc.

Figura 3: Base do feed do Setembro Amarelo.

Fonte: Sanitaristas em Ação.



Após 6 meses de projeto, a equipe foi ampliada com a inserção de novos participantes. Em 2021, o projeto foi composto por 13 discentes de saúde coletiva do CAV/UFPE e 8 residentes que atuam na atenção básica de Pernambuco (sendo 6 do CAV/UFPE, 1 da Saúde da Família no Campo/UPE e 2 sanitaristas da secretaria de saúde/Jaboatão dos Guararapes) o que favorece uma diversidade de repertórios de experiências que são compartilhados nos espaços de diálogo proporcionados pelo projeto. Essa equipe é organizada em 3 grupos de trabalho que se revezam na produção de conteúdos educativos e realização de eventos *onlines*. Mensalmente, é realizada uma reunião com todos os participantes para planejamento e avaliação das ações. Em seguida, cada grupo vai operacionalizando as atividades de acordo com suas atribuições e temáticas pactuadas.

O plano de trabalho da equipe foi organizado em três eixos de acordo com os objetivos específicos: i) Educação em saúde; ii) Divulgação sobre atuação do sanitarista no contexto da pandemia pela Covid-19; iii) b) Educação permanente com ênfase no processo de trabalho do sanitarista na atenção básica.

## **Educação em saúde em tempos de pandemia da covid-19**

A educação em saúde pode ser também compreendida como um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde com maior destaque na atenção básica pela proximidade com a população<sup>10</sup>. E no contexto da pandemia da Covid-19, ganhou ainda mais relevância pela necessidade de orientar a sociedade em relação às medidas de prevenção mais eficazes.

Nesse sentido, a equipe do projeto reconheceu rapidamente a potencialidade das tecnologias de informação para ampliar a divulgação de informações qualificadas para profissionais e usuários com objetivo de prevenção, diagnóstico e cuidado com a Covid-19 e vários outros agravos/problemas de saúde prevalentes no Brasil. O perfil do *instagram* foi amplamente utilizado para divulgação desses materiais e a produção de *lives* temáticas também possibilitou a troca de experiências e atualização técnica em relação aos temas de saúde de maior interesse, estratégia também utilizada em outras ações educativas<sup>11</sup>.

Diante do cenário pandêmico causado pelo novo coronavírus, a população se deparou com situações até então nunca vivenciadas como o isolamento social, suspensão de atividades

de educação, esportivas, culturais e religiosas para diminuir o avanço do contágio pela Covid-19 e evitar o colapso do sistema de saúde<sup>12</sup>. Esse cenário motivou a equipe na produção de conteúdos educativos que pudessem combater informações falsas e orientar os estudantes, profissionais e demais pessoas que seguiam o perfil do projeto com informações sobre o SUS, atenção básica, vigilância em saúde e orientações de cuidado também de saúde mental, uso de EPIs, prevenção de violências contra mulheres, idosos e crianças, e uma série de outros problemas que também foram agravados em decorrências das repercussões socioeconômicas da pandemia.

Para ampliar a interação com o público, a equipe criou um quadro chamado “Oswaldinho pergunta”, no perfil do *instagram* do projeto, onde são divulgados enquetes e *quizzes* com perguntas acerca do temas abordados durante a semana, onde o público pode interagir por meio das opções de respostas. Após responder, os seguidores podem conferir as respostas corretas e comentadas nos *stories* seguintes, esse segundo quadro foi denominado como “Oswaldinho Responde”. Essa estratégia teve boa adesão do público e tem sido utilizada para reforçar aspectos mais relevantes de temas atuais e de forma objetiva. Exemplos de perguntas trabalhadas foram: “Posso tomar ivermectina para prevenir a infecção pelo novo coronavírus? ”O *lockdown* é eficaz no combate a Covid-19?”. As respostas e comentários sempre são realizadas com base em informações de autoridades sanitárias como Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e literatura científica atualizada.

Outra estratégia de interação com o público foi o quadro “Oswaldinho Indica”, onde são realizadas as indicações de artigos científicos, documentários, cursos de qualificação, séries e filmes relacionados com os conteúdos abordados ao longo da semana, com objetivo de motivar os seguidores a aprofundar seu conhecimento sobre a referida temática.

Para ampliar a visibilidade do SUS e fortalecer a adesão da sociedade em sua defesa, criou-se o quadro “SUSpeito para falar” onde usuários e profissionais podem enviar vídeos curtos com seus relatos de experiências positivas no cotidiano do sistema único de saúde. Para desenvolver esse quadro utilizamos um espaço da plataforma do *Instagram* onde é possível postar vídeos com duração um pouco maior “Vídeos do IGTV”. Ao longo do tempo, o projeto já divulgou inúmeros relatos que abordaram temas como: vacinação contra covid-19, atuação da atenção básica, mortalidade materna e importância da vigilância epidemiológica, Saúde



mental, saúde do homem, desafios da Reforma Psiquiátrica, saúde da população LGBTQIA+; entre outros (Quadro 1).

O contexto da pandemia intensificou a utilização de redes sociais e tecnologias de comunicação a distância por vários segmentos da sociedade e muitas instituições identificaram, nesse aspecto, uma potencialidade para fortalecer as ações de educação, inclusive das universidades em suas diversas frentes de atuação como extensão, PETs, pesquisas, etc<sup>9,11,13</sup>.

### **Divulgação sobre atuação do sanitарista no contexto da pandemia**

Os sanitарistas têm uma relevância estratégica para saúde pública, pelo fato de sua formação ir ao encontro da proposta, princípios e diretrizes do SUS. Com uma formação de caráter interdisciplinar, tem potencialidade para inserção em vários setores da saúde, podendo atuar em oito eixos temáticos, como: “Gestão, Política e Planejamento em Saúde, Pesquisa, Inovação e Produção do Conhecimento em Saúde; Cidadania, Participação e Direito à Saúde; Epidemiologia e Vigilância em Saúde; Promoção e Educação em Saúde; Abordagem, Intervenção e Relações Sociais em Saúde; Informação em Saúde; e Auditoria, Controle e Fiscalização de Serviços de Saúde<sup>14</sup>.

No entanto, alguns estudos têm apontado que a atuação do sanitарista ainda é desconhecida por alguns profissionais de saúde e população em geral<sup>7</sup>. Essa problemática foi uma das necessidades que motivaram a criação desse projeto de extensão. Para ampliação de visibilidade sobre a atuação do sanitарista optou-se pela realização de *lives*, que ocorrem com periodicidade quinzenal, e tem duração média de uma hora, seguindo um modelo de entrevista com sanitарistas convidados. Sendo previamente divulgadas, se constituíram eventos virtuais interessantes nos períodos de isolamento social<sup>11</sup>, destinados à estudantes de saúde coletiva, sanitарistas, demais profissionais da saúde, e ao público em geral. Nesses momentos um representante da equipe em diálogo com um convidado discute como o sanitарista tem atuado no contexto da pandemia pela Covid-19 a partir de diferentes perspectivas e em situações e lugares variados.

Os convidados, que participaram até julho de 2021, atuavam em diferentes unidades federativas, como: Pernambuco, Bahia, Mato Grosso, Rio Grande do Norte e Distrito Federal.

Os debates e relatos trazidos envolveram a atuação do sanitарista em diferentes áreas: atenção básica (compondo equipes multiprofissionais e na gerência), média complexidade, planejamento em saúde, vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, Gerências Regionais de Saúde, Programa Nacional de Imunização (PNI), Gestão do trabalho e Educação na Saúde, Gestão de Políticas Públicas, entre outras (Quadro 1).

As discussões envolviam relatos de ações desses convidados, os cenários que estavam inseridos, os desafios enfrentados, as perspectivas, a conjuntura legal e organizacional do Sistema Único de Saúde e seus desdobramentos. Esses momentos foram de grande relevância pois contribuíram para tornar conhecido o fazer do sanitарista, como esse profissional pode atuar em áreas estratégicas do SUS, refletindo em discussões importantes também para a formação do bacharel em saúde coletiva. Importante destacar que em cada um desses eventos houveram reflexões a respeito da pandemia de Covid-19 e como esse momento de crise interfere nos processos de trabalho e impõe necessidade de readaptação da atuação profissional.

Outra estratégia adotada, em 2021, foi abrir uma chamada no perfil do *instagram* para divulgar fotos e vídeos curtos com relatos das experiências de atuação dos sanitарistas que acompanham o projeto. Esse quadro tem contado com uma boa adesão e é uma forma de ampliar o conhecimento da sociedade sobre o sanitарista e seus diferentes cenários de atuação.

## **Educação permanente sobre o processo de trabalho na atenção básica**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde como uma política pública em 2004. É uma estratégia importante do SUS para reorientar e qualificar a formação dos profissionais de saúde com base nos princípios e diretrizes do sistema de saúde e suas políticas. Uma das diretrizes da EPS é que todo processo de ensino-aprendizagem deve ser realizado na realidade do mundo do trabalho e com objetivo de transformar as práticas de cuidado, relações profissionais e organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema. A EPS acontece através de metodologia ativa, onde não se tem uma superioridade entre educando e educador e sim onde todos os participantes contribuem através de suas vivências no processo de trabalho<sup>15</sup>.

A EPS é uma ferramenta importante para consolidar o SUS e também a Atenção Básica visando a mudança das práticas de saúde que ainda são, predominantemente, orientadas pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico<sup>15</sup>. Na perspectiva da EPS, a integração ensino-serviço-comunidade é fundamental para a reorientação do trabalho no SUS.

No contexto da pandemia de Covid-19, com a suspensão de atividades presenciais na universidade, um método para implantar a educação permanente em saúde no projeto de extensão foi a realização das Rodas de Estudo, onde os residentes da equipe e outros profissionais convidados, apresentavam suas experiências, com saberes e ferramentas utilizadas, no cotidiano do trabalho, e como esse fazer estava enfrentando os desafios da atual crise sócio sanitária. Nesse espaço, a ênfase principal está nas experiências realizadas no âmbito da atenção básica e tem possibilitado momentos de troca e aprendizado entre todos os participantes. Nessas oportunidades, os discentes que participam do projeto ampliam o seu conhecimento sobre a realidade dos serviços/práticas do cotidiano, mesmo no formato remoto.

As rodas de estudo acontecem pela Plataforma *Google Meet* e são divulgadas no perfil do instagram e grupos de *whatsapp* junto com o link de acesso para a sala digital para que todos os interessados possam participar. Alguns dos temas abordados estão descritos no quadro 1.

A extensão é uma das estratégias que podem ser utilizadas para fortalecer essa integração ensino-serviço-comunidade e aproximar o processo formativo das necessidades do mundo do trabalho<sup>9</sup>. A troca entre profissionais, usuários, estudantes e docentes tem se mostrado um caminho potente para a produção de movimentos de mudança.

Quadro 1 - Conteúdos abordados, segundo eixo de atuação e formato de publicação no período de junho de 2020 a julho de 2021.

EIXO DE ATUAÇÃO	CONTEÚDO ABORDADO	FORMATO DE PUBLICAÇÃO
-----------------	-------------------	-----------------------

<p>Educação em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● O que é a covid-19- sintomas e transmissão</li> <li>● Diferença entre os testes de diagnóstico para covid-19</li> <li>● Vigilância epidemiológica na pandemia de covid-19</li> <li>● Diferença entre surto, endemia, epidemia e pandemia</li> <li>● Segunda onda de covi-19 no Brasil</li> <li>● Curva epidemiológica, o que é e sua aplicabilidade na pandemia de covid-19</li> <li>● Orientações quanto à prevenção da covid-19 em tempos de festividades</li> <li>● Equidade na vacinação de covid-19</li> <li>● Tipos de vacina disponíveis no Brasil</li> <li>● Como ocorre a produção de vacinas</li> <li>● Vacinação como um pacto coletivo</li> <li>● Efeitos adversos da vacina de covid-19 e esclarecimento de dúvidas quanto à vacinação</li> <li>● Mitos e verdades sobre de covid-19: vacinas, tratamentos, prevenção e contaminação.</li> <li>● Janela imunológica da covid-19</li> <li>● Levantamento epidemiológico da covid-19 no Brasil</li> <li>● Variantes do novo coronavírus</li> <li>● Programa Nacional de Imunização (PNI)</li> <li>● Prevenção à Covid- 19</li> <li>● Vacinação da COVID</li> <li>● Uso adequado de EPI's</li> <li>● Prevenção e tratamento de arboviroses;</li> <li>● Prevenção de queimaduras;</li> <li>● Prevenção de violência a pessoa idosa,</li> <li>● Importância do aleitamento materno;</li> <li>● Dia nacional de prevenção de acidentes de trabalho;</li> <li>● Prevenção de violência contra crianças e adolescentes;</li> <li>● Dia mundial de conscientização do autismo;</li> <li>● Saúde do homem.</li> </ul>	<p>Post do <i>instagram</i>;</p> <p><i>Story</i> do <i>instagram</i>;</p> <p>Vídeos do <i>igtv</i>;</p> <p><i>Reels</i></p>
<p>Educação permanente em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Papel da Extensão Universitária</li> <li>● Uso do ciclo PDCA na atenção primária</li> <li>● Grupos na AB antes, durante e pós pandemia</li> <li>● Saúde da família do campo</li> <li>● Importância da territorialização para implementação de ações estratégicas em saúde</li> <li>● Gestão de caso na AB</li> <li>● Vigilância epidemiológica no período de pandemia</li> <li>● Atendimento domiciliar no cuidado da atenção básica</li> <li>● Participação popular para um SUS melhor</li> <li>● Fortalecimento no cadastro das famílias no E-SUS;</li> <li>● Educação permanente com a equipe</li> </ul>	<p>Rodas de estudo via <i>google meet</i></p>
<p>Divulgação sobre atuação do sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● O que é o sanitaria?</li> <li>● Atuação do sanitaria na Atenção Primária à saúde em área rural remota na região amazônica do Mato Grosso</li> <li>● Atenção básica (gerência e compondo equipes multiprofissionais)</li> <li>● Média complexidade</li> <li>● Planejamento em saúde</li> <li>● Assistência farmacêutica</li> <li>● Gestão de políticas públicas</li> <li>● Vigilância epidemiológica</li> </ul>	<p><i>Live</i> (transmissão ao vivo do <i>instagram</i>);</p> <p>Rodas de estudo via <i>google meet</i>;</p> <p>Post do <i>instagram</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gerência regional de saúde</li> <li>● Programa nacional de imunização</li> <li>● Mobilização e educação em saúde comunitária</li> <li>● Gestão do trabalho</li> <li>● Construção de PTS</li> <li>● Docência</li> </ul>	
--	---	--

Fonte: Elaborado pelos autores

No período de junho de 2020 à julho de 2021, o projeto realizou mais de 200 publicações, alcançando um número de mais e 1.100 seguidores, chegando a 15.000 impressões, com média de interações ao mês de 1.000 a 1.600 (incluindo curtidas, comentários, salvamentos e compartilhamentos de publicações, e interações de vídeos e stories). Em relação ao público, 99% residem no Brasil, e 1% está distribuído nos seguintes países: Portugal, Paraguai, Argentina e Colômbia. No Brasil, a localização dos seguidores está, principalmente, nos municípios de Recife (12,8%), Vitória de Santo Antão (7,1%), Brasília (5,2%), Natal (4,4%) e Rio de Janeiro (3,2%). Sendo a maior parte do público do sexo feminino (74%) e com idades entre 13 à 65+ anos, estando a maioria na faixa etária de 18 à 44 anos (89,7%).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No cenário de pandemia causado pela Covid-19 foi necessário realizar muitas mudanças em várias atividades da vida cotidiana. A educação também foi muito afetada, e as instituições de ensino precisaram adaptar os processos de ensino-aprendizagem a partir da intensificação das tecnologias de comunicação a distância. A extensão universitária também precisou reformular suas estratégias para continuar cumprindo sua missão de fortalecer vínculo com a sociedade onde está inserida, aproximando os docentes e estudantes da realidade da comunidade e, a partir da integração de saberes, construir respostas inovadoras às necessidades sociais.

Esse relato de um projeto extensionista corrobora com as evidências sobre a importância do sanitarista, através da ampliação da visibilidade sobre sua extensa área de atuação e sobre o papel da universidade na formação de profissionais implicados com a

defesa do SUS e do enfrentamento de problemas sociais como os vivenciados no contexto da pandemia de Covid-19. Os resultados alcançados nesta experiência apontam a potencialidade da utilização das tecnologias de comunicação a distância e das mídias sociais para desenvolver educação em saúde, educação permanente e ampliação da visibilidade sobre a atuação do profissional sanitário nos vários setores do Sistema Único de Saúde.

É importante reconhecer que essas ações virtuais não alcançam uma parte expressiva da população que vive sem acesso adequado a computadores, celulares e internet. No entanto, o protagonismo das instituições de ensino em adaptar-se, celeremente, ao cenário imposto pela pandemia, reforça o compromisso da universidade pública e sua potencialidade na construção de respostas às crises enfrentadas pela sociedade.

## **Referências:**

1. Lorena AG, Santos L, Rocha CF, Lima MSS, Pino MR, Akerman M. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde e Sociedade*. 2016; 25(2): 369-80.
2. Viana JL, Souza ECF. Os novos sanitários no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. *Trab. Educ. Saúde*. 2018; 16(3):1.261- 285.
3. Souza PB, Lopes DCL, Valença CN, Medeiros SM. Mercado de trabalho do sanitário em saúde coletiva: novas perspectivas. . 2018; 42(4): 640-652. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2840/2567> Acesso em: 05 ago 2021
4. Silva VO, Pinto ICM. Identidade do sanitário no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. *Interface, Comunic, Saúde, Educ*. 2018; 22(65):539-50.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

6. Coêlho BP. A reformulação da Clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas [Tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
7. Silva LF. Atuação do sanitário em equipes multiprofissionais na atenção básica: atividades, desafios e potencialidades. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Acadêmico de Vitória/Universidade Federal de Pernambuco. 2019.
8. Silva FBS. Percepção dos sanitários residentes quanto à formação acadêmica para atuar em equipes multiprofissionais na atenção básica. 2021. Trabalho de conclusão de curso. Centro Acadêmico de Vitória. Universidade Federal de Pernambuco.
9. Mélo CB, Farias GD, Nunes VRR, Andrade TSAB, Piagge CSLD. A extensão universitária no Brasil e seus desafios durante a pandemia da COVID-19. *Research, Society and Development*, 10(3). p. e1210312991, 2021. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3103281-a-extens%C3%A3o-universit%C3%A1ria-brasil-e-seus-desafios-durante-a-pandemia-da-covid-19](https://redib.org/Record/oai_articulo3103281-a-extens%C3%A3o-universit%C3%A1ria-brasil-e-seus-desafios-durante-a-pandemia-da-covid-19) Acesso em 25 jun 2021
10. Silva SED, Vasconcelos EV, Padilha MICS, Martini JG, Backes VMS. A Educação em Saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. *Esc. Anna Nery Ver. Enferm.* 11 (4): 699 - 705. 2007.
11. Neves VNS, Machado CJS, Fialho LMF, Sabino RN. Utilização de lives como ferramenta de educação em saúde durante a pandemia pela COVID-19. *Educ. Soc., Campinas*, v. 42, e240176, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/yVCyYWbQPrZNYdB9sYtWwHt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 07 jun 2021.
12. Natividade MDS, Bernardes K, Pereira M, Miranda SS, Bertoldo J, Teixeira MG, et al. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 25, n. 9, 2020.
13. Tabosa JMS, Monteiro MT, Mesquita KO, Simões TC, Vieira CAL, Maciel JA, Dias MSA. Collaborative competencies and the use of Information and Communication Technologies: pet health interprofessionality in pandemic period. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, p. e10110111481, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11481>. Acesso em Acesso em 15 ago 2021.
14. Manguiera JO, Silva LR, Medeiros KR, Santos CR, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Formação, identidade profissional e inserção no mercado de trabalho. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, e21810514746, 2021.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14746> Acesso em 28 jul 2021

15. Ferreira I, Barbosa JSA, Esposti CDD, CRUZ MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*. 2019, v. 43, n. 120, pp. 223-239.



## **Atenção primária e planejamento participativo: uma análise do envolvimento das unidades básicas de saúde no planejamento local**

Primary care and participatory planning: an analysis of the involvement of basic health units in local planning

Atención primaria y planificación participativa: análisis de la participación de las unidades básicas de salud en la planificación local

Mariana Carolayne da Silva Nascimento  
Francisco de Assis da Silva Santos  
Anderson Claudio Rodrigues Torreão

**RESUMO:** O estudo tem por objetivo analisar como o desenvolvimento do processo de planejamento na gestão da saúde envolve as equipes de unidades básicas de saúde e o que seus trabalhadores compreendem sobre os instrumentos de gestão. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Foram entrevistados os trabalhadores das unidades básicas de saúde e da secretaria municipal de saúde de Caruaru. A técnica utilizada para a coleta foi entrevistas individuais semiestruturadas, e a interpretação do material se orientou pela técnica de análise de conteúdo indicada por Bardin. Os resultados apontam que a compreensão dos trabalhadores das unidades básicas de saúde acerca das etapas do processo de planejamento, consiste em uma dinâmica ainda incipiente, o que influencia em uma baixa participação na elaboração dos instrumentos de gestão. Os profissionais entendem que acontecem esses processos, mas quanto a construção dos instrumentos, muitos não têm o conhecimento em que momento são elaborados. É imprescindível reconhecer a importância de todos trabalhadores estarem vinculados a esses processos, contribuindo para a construção de instrumentos, consonante com um planejamento participativo.

**Palavras-chaves:** Planejamento participativo, Atenção Primária à Saúde, Gestão em Saúde.

**ABSTRACT:** The study aims to analyze how the development of the planning process in health management involves the teams of primary health care units and what their workers understand about management tools. It is a descriptive study with a qualitative approach, of the case study type. The workers of the basic health units and the municipal health secretary of the municipality of Caruaru were interviewed. The technique used for the collection was semi-structured individual interviews, and the interpretation of the material was guided by the content analysis technique indicated by Bardin. The results show that the understanding of the workers of the basic health units about the stages of the planning process, consists of a still incipient dynamic, which influences a low participation in the elaboration of the management instruments. Professionals understand that these processes take place, but as for the construction of the instruments, many do not have the knowledge of when they are elaborated. It is essential to recognize the importance of all workers being linked to these processes, contributing to the construction of instruments, in line with participatory planning.

**Keywords:** Participatory Planning. Primary Health Care. Health Management.

**RESUMEN:** El estudio tiene como objetivo analizar cómo el desarrollo del proceso de planificación en la gestión de la salud involucra a los equipos de las unidades básicas de salud y qué comprenden sus trabajadores sobre los instrumentos de gestión. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, del tipo estudio de caso. Se entrevistó a los trabajadores de las unidades básicas de salud y a la secretaria municipal de salud de Caruaru. La técnica utilizada para la recopilación fueron entrevistas individuales semiestructuradas, y la interpretación del material fue guiada por la técnica de análisis de contenido indicada por Bardin. Los resultados señalan que la comprensión de los trabajadores de las unidades básicas de salud sobre las etapas del proceso de planificación, consiste en una dinámica aún incipiente, que incide en una baja participación en la elaboración de los instrumentos de gestión. Los profesionales entienden que estos procesos tienen lugar, pero en cuanto a la construcción de los instrumentos, muchos no tienen el conocimiento en qué momento se elaboran. Es fundamental reconocer la importancia de que todos los trabajadores estén vinculados a estos procesos, contribuyendo a la construcción de instrumentos, en línea con la planificación participativa.

**Palabras clave:** Planificación participativa, Atención Primaria de Salud, Gestión en Salud

## INTRODUÇÃO

O planejamento em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em uma dinâmica federativa em que cada uma das esferas — União, Estados e Municípios — possui suas atribuições específicas, responsabilidades, e é dotado de informações que possibilitem ações efetivas sobre a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS<sup>1</sup>. É cada vez mais importante difundir a cultura do planejamento nesses espaços de esferas de gestão, pois contribui para que as instâncias se tornem mais articuladas, objetivando a institucionalização da sua prática no âmbito do SUS.

O planejamento é uma função gestora que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas<sup>2</sup>. Sem um planejamento adequado, os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel, noção esta que é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador<sup>3</sup>.

No contexto da administração pública, o planejamento direciona as ações a serem desenvolvidas para alcançar os resultados esperados dando subsídio para a tomada de decisões futuras. Desse modo, vale ressaltar a importância do planejamento subsidiando, no que diz respeito à definição de metas, estabelecimento de objetivos e programações de ações, sendo estas atividades cotidianas dos gestores dos serviços de saúde<sup>1</sup>.

Nesse sentido, o processo de planejamento é dotado de instrumentos estratégicos para a melhoria da gestão em qualquer esfera de governo, sendo responsabilidade dos gestores públicos assegurar sua execução apropriada. São instrumentos básicos do planejamento: o Plano de Saúde (PS), a respectiva Programação Anual em Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG)<sup>4</sup>.

É reconhecida a importância desses instrumentos, sendo a PAS responsável por operacionalizar e atualizar as metas expressas no plano, e o RAG sendo o instrumento de prestação de contas das ações do PS, além de facilitar a transparência das informações, permitindo a participação da coletividade na sua fiscalização. Nessa lógica o planejamento deve ser ascendente e participativo, envolvendo todos na democratização da gestão, fazendo com que os trabalhadores de saúde vinculados aos serviços e equipes de saúde sejam protagonistas nos processos de produção<sup>5</sup>.

O método de planejamento participativo integra a discussão de uma problemática para a identificação de necessidades, com o envolvimento de atores sociais que vivenciam diretamente os problemas identificados<sup>6</sup>. A institucionalização dessas práticas é substancial, com intuito de promover integração com os demais setores, sobretudo com a Atenção Primária em Saúde (APS) e as equipes que a compõem, para que as mesmas sejam mais envolvidas e tornem-se atores fundamentais nos processos de planejamento.

Neste cenário, a Atenção Primária se configura como a estratégia utilizada para reorientar a atenção à saúde. Esse modelo de atenção é desenvolvido através da Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por equipes multiprofissionais, que tem como seu local de atuação as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas equipes desenvolvem ações a partir do conhecimento epidemiológico e demográfico das suas áreas de atuação e configura-se como o primeiro nível de atenção em saúde, sendo, portanto, a principal porta de entrada das pessoas ao SUS.

A Atenção Primária tem a comunidade como seu principal foco e preconiza o reconhecimento das necessidades dos usuários por meio de dados epidemiológicos e do contato direto, além de sua participação em diferentes momentos do planejamento, da implementação e da avaliação da atenção à saúde. Em vista disso, as UBS representam um espaço de encontro entre os usuários, os profissionais de saúde, e gestores<sup>7</sup>.

O Município de Caruaru está inserido na IV Gerência Regional de Saúde do estado de Pernambuco, e encontra-se estabelecido como cidade sede. Os serviços de Atenção Primária

são estruturados da seguinte forma: 56 Unidades de Saúde da Família (USF), com 73 equipes da Estratégia Saúde da Família, totalizando assim 69% de cobertura em seu território<sup>8</sup>.

Além disso, Caruaru tem promovido a participação social em seus espaços. Um exemplo disso são as etapas de pré-conferências realizadas com trabalhadores e com a população. Essa iniciativa demonstra o compromisso do município com a gestão participativa. A escolha do município também se deu em razão da vinculação da autora ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família ofertado pela Associação Caruaruense de Ensino Superior.

Portanto, compreender como o processo de planejamento é realizado e como ele integra outros setores da saúde é essencial. É necessário analisar a capacidade da Secretaria de Saúde em incluir as equipes das unidades básicas no planejamento local, bem como entender como o planejamento é conduzido na gestão da Secretaria e o que os profissionais conhecem sobre os instrumentos de gestão envolvidos.

Considerando estes aspectos, o estudo tem por objetivo analisar como o desenvolvimento do processo de planejamento na gestão da saúde envolve as equipes de unidades básicas de saúde e o que seus trabalhadores compreendem sobre os instrumentos de gestão. Em última análise, uma aproximação sobre como tem se dado o processo de institucionalização das práticas de planejamento e gestão no município.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Participaram do estudo trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde e da gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município de Caruaru. O cenário da pesquisa incluiu quatro UBS de porte 3, que são as unidades que contém mais de uma equipe no mesmo prédio. Cada UBS selecionada está localizada em um Território de Gestão Sustentável (TGS) da cidade.

As unidades selecionadas atenderam ao seguinte perfil: 1) presença do profissional gerente; 2) maior tempo de implantação dessas equipes no município; e 3) profissionais de saúde das UBS e da Secretaria Municipal de Saúde com vínculo na mesma função há no mínimo 03 anos no município. Considerou-se esses critérios perante a probabilidade de o processo de trabalho dessas equipes serem mais organizados, e os trabalhadores terem acumulado maior integração interna, adquirido conhecimentos acerca do planejamento, e

terem participado da elaboração do último Plano Municipal de Saúde de 2017, tendo em vista, o tempo mínimo de função na secretaria.

Os sujeitos do estudo são profissionais de saúde das unidades básicas das seguintes categorias profissionais: dois (02) Médicos, quatro (04) Enfermeiros, três (03) Cirurgiões Dentista, quatro (04) Técnicos de Saúde Bucal, quatro (04) Técnicos de Enfermagem, e onze (11) Agentes Comunitários de Saúde. Além de quatro (04) trabalhadores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, que são responsáveis pela elaboração e realização dos processos de planejamento. Todos com vínculo na mesma função há no mínimo três anos no município.

A técnica utilizada para a coleta foi entrevistas individuais semiestruturadas. Antes da realização das entrevistas, foi realizado um teste piloto junto a uma equipe, com a finalidade de adequar o roteiro semiestruturado. O período de realização da coleta foram nos meses de novembro e dezembro de 2019, as entrevistas foram previamente agendadas com os trabalhadores e realizadas nas UBS e Secretaria Municipal de Saúde, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo as falas gravadas e transcritas. Para o tratamento dos dados qualitativos oriundos das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo por condensação de significados proposta por Bardin.

Para Bardin<sup>9</sup> configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A análise passou por três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A organização e sistematização dos dados resultaram em duas categorias: conhecimentos sobre o planejamento e seus instrumentos; e participação na elaboração dos instrumentos.

A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Associação Caruaruense de Ensino Superior do município de Caruaru, por meio do protocolo CAEE nº 20275219.1.0000.5203. Como forma de garantir o anonimato dos sujeitos participantes, a identificação dos trabalhadores das UBS e da gestão foi redigida através das letras T e G respectivamente, seguida de algarismo arábico.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O processo de planejamento é dotado de instrumentos estratégicos para a melhoria da gestão em qualquer esfera de governo, sendo responsabilidade dos gestores públicos a sua observância quanto à sua execução apropriada. Com a publicação da lei 8.080/1990, viu-se que seria necessário implantar a lógica do planejamento nos municípios, estado, distrito federal e união <sup>(4-10)</sup>.

Os Planos de Saúde devem ser utilizados para formulação das Programações Anuais de Saúde, apresentando o quadro de metas e indicadores. Para sistematização e divulgação dos resultados obtidos foi instituído o Relatório de Gestão, enquanto instrumento de prestação de contas. Ambos devem ser apresentados aos respectivos Conselhos de Saúde para a sua aprovação<sup>11</sup>.

Para elaboração desses instrumentos é necessário realizar um diagnóstico local, considerado etapa inicial, que irá permitir identificar os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença no território, os principais riscos de adoecimento, e traçar ações que serão desenvolvidas para a população. Em sequência, ações de monitoramento e avaliação devem fazer parte desse processo para verificar se as metas estão sendo cumpridas, os resultados alcançados, e se o planejamento necessita ou não de ajustes<sup>12</sup>.

Na realidade de Caruaru, município de médio porte do interior nordestino, é observado que as práticas de planejamento quanto a execução dos instrumentos está de acordo com as normas legais preconizadas pelo Ministério da Saúde, seguindo as propostas metodológicas sugeridas, conforme observado no discurso dos entrevistados.

*A etapa inicial da elaboração dos instrumentos de gestão ele começa bem quando começa a gestão, que é na escuta popular a gente fez primeiro conferência de saúde com etapas locais em todas as regiões que têm UBS, foi elaborado essas necessidades da população foi escutado a necessidade. [...] cada unidade de saúde ocorreu uma pré conferência daí foram tirados delegados e propostas para a conferência municipal, na conferência os delegados escolheram as prioridades para o governo, a partir daí, começou o processo de elaboração do principal instrumento de planejamento que é o plano municipal de saúde. (G2)*

Diante disto, nota-se que a gestão prioriza a participação social em seu processo inicial de planejamento, contando com a realização das conferências de saúde, espaços formais da participação da comunidade na gestão da saúde. Como também a realização de pré-conferências, tornando assim um maior engajamento social.

Neste contexto, observou-se uma ampliação dos espaços de participação social na esfera das políticas de saúde nos últimos anos. É certo que há necessidade de avanços nesta direção, pois na elaboração dos instrumentos de gestão, é verificado diversos níveis de participação<sup>13</sup>.

Quanto ao processo ascendente do planejamento, a construção dos instrumentos é pautada na descentralização, com repasse de responsabilidades, por meio de coordenações e suas respectivas áreas técnicas.

*O planejamento da secretaria de saúde é o que a gente chama de estratégico ne, cada área técnica ela é responsável pelo seu planejamento, e o setor do planejamento ele entra como apoio desse processo descentralizado. Então, a gente tem a etapa de organização desse processo que a gente envolve as áreas técnicas, temos a etapa de coleta, a coleta de dados que é quando a gente tem o retorno das áreas técnicas com as informações que vão servir pra construção dos instrumentos e a etapa de consolidação dessas informações quando a gente junta tudo e faz o documento finalizado com todas as áreas. (G3)*

*Aqui na atenção básica a gente trabalha com esses planejamentos, porém, a gente tá além desses planejamentos a gente planeja ações meios pra a gente chegar nessas ações grandes, então, a gente tem reuniões colegiadas onde a gente também planeja ações pra atingir a ação que está dentro do plano. (G4)*

Os discursos indicam que a metodologia de trabalho adotada para a aplicabilidade dos instrumentos de planejamento é de construção participativa por todas as áreas técnicas. A descentralização do poder é o caminho para um sistema de saúde eficaz, pois garante que profissionais e usuários contribuam com o desenvolvimento do sistema. Esta proposta ligada ao planejamento participativo, prevê o estabelecimento e pactuação de compromissos, buscando uma relação de diálogo com seus atores, para que se sintam partícipes do processo<sup>12</sup>.

Em que pese tais constatações iniciais, os resultados também evidenciaram uma baixa compreensão dos trabalhadores das unidades básicas acerca dos processos de planejamento. Quando solicitado para descreverem as etapas do planejamento e seus instrumentos de gestão, parte desconhecia esses processos e os instrumentos que o compõem.

*A respeito do planejamento, a partir das conferências vêm as propostas da população que constroem um plano que vai para conferência maior, que depois vai se dá para o município, mas da gestão, dos instrumentos eu não lembro e não conheço. (T12)*

*A gente não tem muita informação quanto a isso não, do que acontece, a gente é mais passado às vezes pra ser mostrado, mas assim a fundo como acontece essas etapas eu não sei te falar. (T15)*

*[...] Nunca participei de nenhum processo de planejamento dessa forma, eu conheço assim, sempre anualmente tem se eu não me engano é duas vezes no ano que os gestores apresentam o que eles planejaram e o que foi realizado e o que ainda vai ser realizado, como é feito esse processo eu não tenho conhecimento. (T18)*

A compreensão acerca desses processos é insuficiente. Eles até conseguem identificar alguns instrumentos, entretanto, não conseguem descrever as etapas do planejamento e o momento de criação desses instrumentos de gestão. O que reflete na efetivação dos serviços de saúde, pois, as políticas de saúde dependem dos instrumentos de gestão que, por sua vez, fazem parte do planejamento em saúde. Quando entendemos a sua importância e conseguimos identificá-los, traremos para o SUS a participação popular e o controle das ações de saúde<sup>14</sup>.

Para Vieira<sup>3</sup>, uma organização precisa trabalhar em equipe, motivando-a sempre a se comprometer, para que os membros desempenhem com maior interesse suas funções, sendo assim, o planejamento se faz de extrema importância na Atenção Primária à Saúde para que os atores se sintam envolvidos, surtindo numa gestão participativa.

A comunicação entre uma gestão e os seus trabalhadores é chave para a execução de um planejamento eficiente<sup>15</sup>. Os resultados mostram um envolvimento insuficiente nos processos de planejamento da secretaria de saúde e nos seus respectivos instrumentos. As falas expressam que falta informação e esclarecimento por parte da secretaria sobre esses assuntos, o que resulta em um escasso engajamento e participação desses trabalhadores, como se percebe nos seguintes diálogos:

*Eu acho que deveria ser mais esclarecido, talvez, com mais embasamento com mais chamado para participar dessas ações, das conferências eu sei que existe, mas era pra ta mais engajado mais na prática. (T7)*

*Pediram pro posto elaborarem e chamarem a comunidade para conferência, foi assim que aconteceu o envolvimento né, mas os outros instrumentos não. Eu acho que falta, tem uma lacuna tanto de informação para que se diga exatamente o que é, para que as pessoas tenham interesse de participar e a informação de quando vai ser construído. (T12)*

*[...] Por ser uma rede maior não há muito envolvimento direto, a gente já pega o planejamento, até porque não dá pra secretaria fazer um planejamento com tantas opiniões eles pegam segmento de cada categoria para fazer, a gente já sabe mais ou menos quando já tem toda a solução dada. (T17)*

*A gente não participa assim de planejar tudo bem direitinho não, já vem pra gente o planejamento já prontinho. (18)*

Logo, há um baixo envolvimento dos trabalhadores na constituição dos instrumentos de gestão, o que repercute em uma gestão em que os seus trabalhadores não são engajados nas práticas de planejamento. Na perspectiva da Organização Mundial de Saúde – OMS<sup>16</sup>, são as formas de participação que proporcionam o diálogo político envolvendo todos os interessados que tornam os sistemas de saúde mais efetivos.



Quando o planejamento é tratado como assunto de um setor específico, havendo pouca participação dos trabalhadores da saúde, os quais são os responsáveis pela execução dos objetivos e metas propostas, frequentemente resulta em distanciamento entre plano e resultados. Neste caso, o plano menciona intenções que não levam a resultados práticos<sup>3</sup>.

Estudos apontam que, geralmente, o envolvimento dos atores sociais é bastante reduzido ou até desestimulado. O planejar das administrações públicas, são centrados numa lógica de baixa ou de nenhuma participação dos seus colaboradores<sup>6</sup>. Por esta razão, há a compreensão de que a contribuição de maior número de pessoas em um trabalho, tende a ser qualitativamente melhor do que daqueles que se restringem a uma aristocracia organizacional<sup>6</sup>.

Vale ressaltar que alguns trabalhadores concordam que há participação, mais especificamente da comunidade, nos processos que constituem o planejamento, como observado em alguns discursos:

*[...] eles buscam a população fazem esse elo tanto com a gente funcionários como a comunidade também que é super importante, não pode faltar. (T1)*

*[...] também tem a participação da comunidade bem importante que a gente tem também, que a gente leva alguns pacientes daqui pra fazer parte desse plano que o paciente tem que tá ciente do que vai ser ofertado para ele, a secretaria sempre tá nos chamando pra esses planejamento para colocar em pauta o que vai ser feito durante o ano. (T16)*

Contudo, outros observam que isso não acontece de uma maneira frequente. Em sua maioria, as falas dos profissionais expressaram que essa comunicação é insuficiente. O diálogo é fator fundamental para uma gestão compartilhada, onde as responsabilidades são descentralizadas, as decisões são compartilhadas, pois tem o objetivo de que as ações e serviços respondam às necessidades da população da área de abrangência daquela APS<sup>17</sup>. A gestão acredita que tem feito um diálogo com os trabalhadores, o que mostra uma dissonância de acordo com a percepção dos profissionais, como se observa as seguintes falas:

*[...] A comunicação é via gerência de atenção básica, apoiadores e em alguns casos gerentes de unidades de saúde onde ele existe (G2).*

*[...] Cada área técnica é responsável pelo seu planejamento, o nosso contato com os profissionais da ponta da atenção básica é intermediado pela gestão de cada área, então assim, o nosso contato direto é com a gestão da atenção básica (G3).*

*Especificamente os trabalhadores de saúde da família não é levado o instrumento pra eles não, na estrutura que ele é elaborado, porém é levado que eles precisam executar e aí essas metas de fato elas são trabalhadas que eles precisam executar [...] a gente faz por área, então os apoiadores trabalham com eles os indicadores aí são esses indicadores que entram na PAS [...] não necessariamente eles trabalham na elaboração propriamente dita do instrumento do jeito que ele é [...] Embora que*

*tudo que é colocado lá é exequível, então, já está sendo de alguma forma feito por eles (G4).*

Conforme as falas dos gestores, a comunicação se dá através do repasse de informações do que os profissionais precisam executar para atingir alguma meta que impactará nos resultados dos instrumentos. Reforça-se, desse modo, a importância da necessidade de eleger estratégias de comunicação adequadas, para favorecer a expressão, o diálogo e a pactuação entre diferentes vozes e interesses.

Silva et al<sup>2</sup> enfatizam em seus estudos que quando os documentos são construídos com a participação maior das pessoas que sensibilizam e se comprometem têm uma chance maior de transformar a realidade. Considerando que o planejamento não é tarefa dos “planejadores”; ele deve ser feito pelos atores envolvidos na ação<sup>18</sup>.

Reconhecer a importância dos trabalhadores estarem ativamente ligados aos processos que constituem o planejamento, é necessário, pois são eles os atores que executam as ações previstas nesses instrumentos. Objetivos amplamente discutidos e em que há consenso são mais facilmente aceitos e compreendidos por aqueles que, de alguma forma, participarão da execução das tarefas necessárias para atingi-los<sup>18</sup>.

Quando questionados sobre a importância dos mesmos no envolvimento da elaboração dos instrumentos de gestão, e o planejamento da secretaria de saúde, ficou evidente nas falas dos trabalhadores e gestores que a participação destes é de suma importância.

*É extremamente importante, justamente porque quem tá realmente na ponta consegue enxergar diferente a forma de se planejar, porque uma coisa é você planejar algo, você só olhando, outra coisa é nós colocarmos nossas contribuições em cima do que a gente tá vendo, do que a gente tá fazendo, aplicando. (T6)*

*[...] à medida que a pessoa se envolve que ela se empodera de qualquer processo de trabalho ela vai ter uma dinâmica presente em participar em realizar esse planejamento. Então, a falta de participação planejamento também vai impactar das pessoas não se colocarem tão presentes, se eu não participo da elaboração eu também não sou presente na atuação, à medida que a gente consegue inverter isso, com certeza a equipe como um todo e os profissionais como um todo teria um engajamento maior na execução desse planejamento. (T14)*

*[...] é fundamental de que quem está na ponta, eles sejam envolvidos para que a gente não só dê uma resposta melhor pra saúde da população em assistência aos indicadores mas também para criar uma relação de pertencimento do trabalhador nesse processo de planejamento. [...] planejamento ele tem três tripés que devem ser mantidos e eu acho que aqui em caruaru isso vem acontecendo de forma bem interessante, que é a escuta popular, que é você conhecer as necessidades da população o envolvimento dos trabalhadores e a gestão ter essa postura de contemplar a participação social e de trabalhadores como uma prioridade [...] (G2)*

*[...] é de extrema importância que quem tá na ponta participe do processo para que a gente tenha um planejamento real que realmente atenda as necessidades das pessoas que moram no município e que realmente seja factível, não é que eu vá fazer um planejamento só baseado naquilo que é fácil executar não, mas que eu faça um planejamento que ele seja adequado para atender às minhas necessidades em cada área [...] (G3)*

É consensual nas falas tanto dos trabalhadores como da gestão a concepção da importância dos atores estarem envolvidos desde a construção dos processos de planejamento até a sua execução, pois à medida que os trabalhadores se empoderam desses processos a dinâmica de participação se faz presente na instituição.

No exercício da gestão participativa, os sujeitos sociais são concebidos como sujeitos ativos que sustentam os sentidos de suas próprias experiências, sendo protagonistas no encaminhamento de demandas referentes às suas realidades. Portanto, o planejamento participativo tem poder de criar uma nova cultura de compromisso com a instituição<sup>19</sup>.

Tornar o planejamento claro aos trabalhadores, explicitar seus objetivos e finalidades, pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção<sup>19</sup>.

Apesar disso, enxergar a importância de serem atores sociais envolvidos em processos de construção de políticas públicas não é um visão uníssona, esse pensamento não é uma unanimidade entre os trabalhadores, de acordo com o seguinte discurso:

*Acredito que seja cada um na sua área [...] a gente precisa saber, mas não a gente precisa se envolver também diretamente, eu acho né, que do jeito que eles fazem tá correto, a gente tá sabendo o que vai acontecer na área da gente [...] planejamento geral da atenção básica eu acho que fica muita coisa também pra gente ficar sabendo [...] o trabalho da gente é outro, a gente pode até procurar saber que é um direito da gente procurar saber, agora a gente ir cobrar pra a gente tá a pá do que que se vai gastar do que que se vai fazer acho que não cabe não. (T19)*

Em organizações e ambientes onde o planejamento tornou-se prática permanente de participação, desenvolveu-se uma cultura em que há maior engajamento das pessoas com a instituição. Dessa maneira, organizações públicas democráticas e participativas que viabilizam a informação e condições favoráveis à sua compreensão, formam cidadãos capazes de interferir nas políticas públicas objetivando o interesse coletivo<sup>7</sup>.

Entretanto, diante da atual conjuntura, segundo Brites e Clemente<sup>20</sup>, quando a implementação das políticas públicas tem uma construção *top down* na formulação de planos e metas no centro decisório que seriam repassadas aos órgãos da administração, os resultados pretendidos, muitas vezes, ficavam abaixo das expectativas, ocasionando assim

questionamentos de quais os fatores determinantes e quais seriam as falhas nesse processo. O que pode ser entendido pela rotina das organizações que por vezes as discussões tendem a ser muito breves, diante da necessidade de tomadas de decisões rápidas.

Já a abordagem *bottom-up*, de caráter ascendente, é o tipo de abordagem que deveria ser mais utilizada, pois começa a análise no outro extremo da constituição e exige que se avalie os implementadores da linha de frente, no intuito de uma organização compartilhada. Os implementadores participam das etapas de constituição da política. Os problemas e soluções são permeáveis pela participação dos vários atores envolvidos<sup>(20-21)</sup>.

Logo, a implementação é um processo dinâmico e interativo entre profissionais. Portanto, há a necessidade de reconhecer que o processo de planejamento e de tomada de decisões é uma construção coletiva, em que os implementadores devem estar dotados de ferramentas para superar possíveis entraves na implementação e para que se sintam parte do processo e possam executar suas ações em busca de resultados satisfatórios<sup>20</sup>.

A falta de espaços democráticos reflete na baixa participação desses profissionais. A criação de espaços efetivos, democráticos, e participativos se torna uma alternativa para que os profissionais e usuários sejam ouvidos afim de que possam entender o que é um planejamento, e a importância desses instrumentos, e além de tudo, empoderar os profissionais de saúde.

Diante desse cenário, é crucial a necessidade do planejamento em saúde ser visto como processo integrado, e intersetorial, envolvendo todos os trabalhadores, pois isso reflete diretamente na melhoria da qualidade dos serviços e institucionalização de práticas de planejamento. É necessário reforçar que um planejamento que envolve todos os protagonistas em seu processo, evidencia uma consolidação de uma democracia participativa.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A compreensão dos trabalhadores das unidades básicas de saúde acerca das etapas do processo de planejamento, consiste em uma dinâmica ainda incipiente, o que influencia em uma baixa participação na elaboração dos instrumentos de gestão e, conseqüentemente, no planejamento da secretaria municipal de saúde. Os profissionais entendem que acontecem esses processos, mas quanto à construção dos instrumentos, muitos não têm o conhecimento em que momento são elaborados.

Percebe-se que, para a consolidação de um planejamento participativo, o envolvimento dos trabalhadores de saúde com essas práticas de planejamento ainda é limitado. No entanto, a gestão que faz a secretaria de saúde tem uma intencionalidade de trabalhar com um planejamento participativo, apesar de existir uma quebra de comunicação entre as áreas técnicas e os trabalhadores das UBS. A construção de mecanismos de comunicação, espaços democráticos e participativos na rotina dos serviços trará a possibilidade de qualificar essa participação.

O estudo aponta a necessidade de legitimar o Planejamento Participativo como uma proposta educacional, aprimorando os mecanismos de diálogo entre os gestores e profissionais dos serviços de saúde para que possam delinear planos compartilhados, uma vez que o trabalho da APS se apoia fortemente em tecnologias leves, que envolvem relacionamentos entre sujeitos, pautados na comunicação e a valorização da escuta. O planejamento participativo é mais do que uma possibilidade de criar um coletivo organizado e potencializar a autogestão do serviço; é um dispositivo que contribui para que os sujeitos compreendam sua função estratégica para a mudança da realidade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília, DF, 2016.
2. Lima K, Ribeiro E, Mendes M do S. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 8º de junho de 2012 [citado 9º de julho de 2020];3(1):15-. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/113>
3. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009 Out [citado 2020 Jul 09]; 14(Supl 1): 1565-1577. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=pt). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília, DF, 2009.
5. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: *CAMPOS, Gastão Wagner. In: Tratado de Saúde Coletiva*, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006 p. 767-782.

6. Parente, JRF. Planejamento participativo em saúde. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*. 2013; 10(1): 12-8. [citado em 7º de julho de 2020]; Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/144>
7. Oliveira AMC, Dallari SG. Participação social no contexto da Atenção Primária à Saúde: é possível aferir sua efetividade?. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 31º de janeiro de 2020 [citado 8º de julho de 2020]; 12:1-13. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/959>
8. Secretaria de Saúde de Caruaru [homepage na internet]. Atenção Básica [acesso em 06 out 2020] Disponível em: <https://www.saudecaruaru.pe.gov.br/smscaruaru2013/index.php/2018-04-25-19-01-50/atencao-basica/institucional>
9. Bardin L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)
10. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
11. Brasil. Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial da União* 2006; 29 dez.
12. Elia PC, Nascimento MC. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. *Physis* [Internet]. 2011 [cited 2020 July 09]; 21 ( 2 ): 745-765. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000200021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200021&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200021>
13. Anunciação FC, Souza MKB. Planejamento em Saúde: percepções e entendimentos sobre o Plano Municipal de Saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011; 35 (4): 845-58. [acesso em: 09 julho de 2020]; Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/258>. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n4.a258>
14. Oliveira JS, Nery AA, Vilela ABA et al. Os Instrumentos De Gestão E A Epidemiologia: Ferramentas Do Controle Social. *Rev enferm UFPE online*. Recife, 7 (1): 192-8, jan., 2013 [citado em 7º de julho de 2020]; Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10221/10805>
15. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saude soc*. [Internet]. 2012 May [cited 2020 July 09]; 21( Suppl 1 ): 71-79. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500006&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500006>

16. Organização Mundial de Saúde. The World Health Reportt 2008: atenção primária à saúde: mais necessária que nunca. Genebra: OMS; 2008 [citado em 8º de julho de 2020]; Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>
17. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Aug [cited 2020 July 07] ; 15( 5 ): 2265-2274. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500002&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500002>
18. Tancredi FBB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. *e-Coleções FSP/USP*, [citado em 8º de julho de 2020]. Disponível em: <http://colecoes.sibi.usp.br/fsp/items/show/2378>
19. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2003 [cited 2020 July 09] ; 8( 2 ): 569-584. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>
20. Brites CM, Clemente AJ. Implementação de Políticas Públicas: breve revisão da literatura. *Revista NAU Social*. v. 10, n.18 (2019). [citado em 7º de julho de 2020]; Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31461>
21. Sabatier PA. Top-down and botton-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, Cambridge, v. 6, n. 1, 1986. Sabatier, P. (1986). Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 21-48. doi:10.1017/S0143814X00003846

# **Práticas para controle de vetores da Dengue, Zika e Chikungunya em escolas**

*Practices to control Dengue, Zika and Chikungunya vectors in schools*

*Prácticas para controlar vectores de dengue, zika y chikungunya*

Sarah Caroline Ferreira Santos  
Lilhian Cristine Fernandes da Fonseca  
Juliana Castro Lana  
Carla Targino da Silva Bruno

## **RESUMO**

A educação em saúde assume papel importantíssimo nas práticas de prevenção da transmissão das arboviroses, além de contribuir para a adoção de políticas públicas direcionadas. O objetivo deste estudo foi mapear práticas inovadoras para o controle de vetores da dengue, zika e chikungunya existentes no Brasil, a partir da pesquisa das atividades realizadas nas escolas e publicadas pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de base documental. Os dados foram analisados por meio da análise temática. A coleta de dados se deu através da busca de práticas de prevenção de Dengue, Zika e Chikungunya nas escolas, nas páginas oficiais do Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MEC). Encontrou-se 9 ações, ocorridas durante o período de 2015 a 2017 em escolas de todo o país. As ações do MEC demonstram qualidade e envolvimento da comunidade, o que beneficia de forma ativa o combate ao *A. aegypti*. Além disso, é possível verificar a integração entre os setores, de forma a promover ações de educação em saúde na população. Diante do cenário atual brasileiro, as ações realizadas ainda são escassas, e é preocupante em relação às arboviroses e aos desafios para o controle de vetores no país. É essencial a disponibilidade de informações oportunas, por meio da integração de informações existentes e disponíveis, para a implementação de medidas específicas e efetivas para a prevenção e controle das arboviroses no Brasil.

**Palavras-Chave:** Infecções por Arbovírus, Aedes, Controle de Vetores, Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

Health education plays a very important role in the practices of preventing the transmission of arboviruses, in addition to contributing to the adoption of targeted public policies. The objective of this study was to map innovative practices for the control of dengue, zika and chikungunya vectors that exist in Brazil, based on research on activities carried out in schools and published by the Ministry of Education and Ministry of Health. This is a qualitative study, based on documents. Data were analyzed using thematic analysis. Data collection took place through the search for Dengue, Zika and Chikungunya prevention practices in schools, on the official pages of the Ministry of Health and Ministry of Education (MEC). Nine actions were found, which took place during the period from 2015 to 2017 in schools across the country.



MEC's actions demonstrate quality and community involvement, which actively benefits the fight against *A. aegypti*. In addition, it is possible to verify the integration between the sectors, in order to promote health education actions in the population. Given the current Brazilian scenario, the actions taken are still scarce, and it is worrying in relation to arboviruses and the challenges for vector control in the country. The availability of timely information, through the integration of existing and available information, is essential for the implementation of specific and effective measures for the prevention and control of arboviruses in Brazil.

**Keywords:** Arbovirus Infections, Aedes, Vector Control, Health Education.

## RESUMEN

La educación en salud desempeña un papel muy importante en las prácticas de prevención de la transmisión de arbovirus, además de contribuir a la adopción de políticas públicas específicas. El objetivo de este estudio fue mapear prácticas innovadoras para el control de vectores de dengue, zika y chikungunya existentes en Brasil, a partir de la investigación de las actividades realizadas en las escuelas y publicadas por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud. Este es un estudio cualitativo, con base documental. Los datos se analizaron a través del análisis temático. La recopilación de datos se llevó a cabo a través de la búsqueda de prácticas para prevenir el dengue, el Zika y el Chikungunya en las escuelas, en las páginas oficiales del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación (MEC). Se encontraron 9 acciones, que tuvieron lugar durante el período de 2015 a 2017 en escuelas de todo el país. Las acciones del MEC demuestran calidad y participación comunitaria, lo que beneficia activamente la lucha contra *A. aegypti*. Además, es posible verificar la integración entre sectores, con el fin de promover acciones de educación sanitaria en la población. Ante el escenario actual, las acciones emprendidas aún son escasas, y es preocupante en relación a los arbovirus y los desafíos para el control vectorial en el país. La disponibilidad de información oportuna, a través de la información existente y disponible, es fundamental para la implementación de medidas específicas y eficaces para la prevención y el control de los arbovirus en Brasil.

**Palabras clave:** Infecciones por Arbovirus, Aedes, Control de Vectores, Educación para la Salud.

## INTRODUÇÃO

Os vírus da Dengue, Zika e Chikungunya são arbovírus (vírus transmitidos por artrópodes) que compartilham os mesmos insetos vetores: os mosquitos do gênero *Aedes*, especialmente o *A. aegypti* e *A. albopictus*<sup>1,2</sup>. O ciclo de transmissão das três doenças ocorre, principalmente, quando o vetor infectado está presente na vizinhança de um hospedeiro humano suscetível. Apesar de grandes esforços, vacinas e tratamento medicamentoso específico ainda não estão disponíveis, tornando as medidas de prevenção primordiais no controle vetorial.

De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, o controle do vetor deve ser realizado por meio da visita domiciliar para orientar a população na eliminação de criadouros e aplicação de inseticidas químicos (larvicidas) quando necessário. O uso do larvicida químico tem sido realizado de forma criteriosa para prevenir a ocorrência da resistência na população de mosquitos, bem como efeitos deletérios na saúde dos agentes de vigilância e no ambiente<sup>3</sup>.

A educação em saúde é entendida como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e, além disso, é um conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas durante o processo do cuidado e no debate com profissionais e os gestores, com o intuito de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades<sup>4</sup>. Nesse sentido, a educação em saúde assume papel importantíssimo nas práticas de prevenção da transmissão das arboviroses, além de contribuir para a adoção de políticas públicas direcionadas.

É importante destacar alguns princípios e diretrizes para ações de comunicação no contexto das arboviroses: participação de forma democrática; pesquisa prévia e sensibilização acerca da cultura, crenças, valores e percepções de cada grupo; utilização de meios e recursos disponíveis; criação de espaços para conversas; utilização de mídias sociais diversas; capacitação dos profissionais e da população e pesquisas posteriores às práticas de educação para avaliar os possíveis efeitos<sup>5</sup>.

A partir das evoluções históricas, científicas, políticas e sociais o modelo biomédico perdeu força, o que propiciou o nascimento da proposta das Escolas Promotoras de Saúde, uma estratégia integralizadora que proporciona base para ações de promoção da saúde no âmbito escolar. A iniciativa fortalece a aliança entre o setor Saúde e Educação na promoção de saúde, bem estar e qualidade de vida das comunidades, a partir do incentivo à participação social direta nas ações dirigidas para melhorar a saúde<sup>6</sup>. Ou seja, as escolas ocupam espaço de instituições ativas importantíssimas para a concretização das ações de promoção da saúde, através do empoderamento dos indivíduos.

Dentre as atividades realizadas no Brasil durante a execução da estratégia Escolas Promotoras de Saúde, está a mobilização da comunidade para a construção de ambientes favoráveis à saúde, com vistas a prevenir dengue e outras arboviroses. Duas estratégias, que discutiram o manejo do lixo, os cuidados com o acúmulo de água e proteção aos mananciais, se destacaram: “Meu Gibi contra a Dengue” e “Jornal da Dengue”<sup>6</sup>.

Desta forma, este trabalho objetiva mapear práticas inovadoras para o controle de vetores da dengue, zika e chikungunya existentes no território nacional, a partir da pesquisa

das atividades realizadas nas escolas e publicadas pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de base documental. A coleta de dados se deu através da busca de práticas de prevenção de Dengue, Zika e Chikungunya nas escolas, nas páginas oficiais do Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MEC) no Twitter, Facebook, Instagram e site, no ano de 2021. Utilizou-se, para filtrar as postagens, a ferramenta de busca existente nessas plataformas, onde as palavras “Dengue”, “Zika”, “Chikungunya”, “ações de prevenção” e “ações educativas” como bases para identificar as ações desenvolvidas nas escolas pelos seus gestores, professores ou comunidade. Foram incluídas todas as ações publicadas pelos meios oficiais dos Ministérios, que foram realizadas no Brasil, independente da data que ocorreram. Encontrou-se 9 ações, ocorridas no período de 2015 a 2017.

As informações foram organizadas por meio do NVivo®, um *software* qualitativo poderoso que facilita a organização dos dados, auxiliando o pesquisador desde o início do projeto até a definição de categorias e subcategorias analíticas. Os materiais de pesquisa, incluindo os dados coletados e todo o processo até a discussão dos resultados, são reunidos de maneira segura, gerando confiabilidade. Além disso, é possível realizar consultas para uma análise minuciosa, visto que o NVivo® gera relações entre as ideias ou possíveis tendências no texto. É possível utilizar o *software* através das três principais ferramentas de controle, que são: 1- Fontes, os materiais empíricos, os dados brutos; 2- Nós, onde são armazenadas a codificação, ou seja, os temas ou categorias de um projeto e 3- Classificações, meio pelo qual os casos e atributos estão vinculados<sup>8</sup>.

Dentre as análises disponíveis no programa, utilizou-se neste estudo a nuvem de palavras, onde as palavras foram organizadas conforme a ocorrência de frequência nos textos. Através dela, é possível identificar a relação entre os dados, possibilitando visualizar de diversas perspectivas o material estudado<sup>8</sup>.

Os dados foram analisados por meio da análise temática, uma técnica que permite ao pesquisador obter ligações entre elementos durante todo o processo de estudo, até a compreensão do fenômeno estudado. Este processo é formado por três etapas: 1- pré-análise,

onde é realizada a leitura flutuante; 2- exploração do material, que é o processo de encontrar categorias para organizar o conteúdo e 3- tratamento dos resultados obtidos, no qual o pesquisador interpreta e infere a partir da leitura do material<sup>7</sup>.

## RESULTADOS

Encontrou-se 9 ações, realizadas e publicadas durante o período de 2015 a 2017 em escolas públicas e particulares de todo o país. Elas foram publicadas no site do Ministério da Educação (MEC) como notícias, a fim de propagar as atividades ocorridas. Houve predominância de intervenções em regiões periféricas do país, em escolas públicas e nos níveis iniciais de ensino. Apesar da maior parte das ações serem concentradas em uma determinada cidade ou região do país e tendo como representantes os diretores e professores das escolas, verificou-se um grande envolvimento de representantes políticos, com a participação principalmente dos ministros da saúde e da educação, além de governadores e outros ministros. Com exceção do aplicativo “Mosquito não”, nenhuma das ações mostrou-se recorrente, elas apresentaram-se como pontuais e sua ocorrência sendo em um determinado espaço de tempo.

O maior destaque é para as ações com incentivo do Ministério da Educação (MEC), possibilitando o concurso “Zika Zero”, a nível nacional. Neste concurso, grupos de três alunos juntamente com um professor se inscreveram, produziram vídeos que mostrassem como prevenir e combater os focos do mosquito *Aedes Aegypti* e postaram no Youtube. Dividido em etapas regionais e nacionais, o edital do concurso limitou a inscrição a apenas um vídeo por escola nas diferentes categorias, o que ocasionou seleção interna para posterior inscrição. Os vencedores ganharam, além de certificado, uma viagem à Brasília para participar de um curso de formação, incluindo passeios pelos pontos turísticos e culturais da cidade.

Logo após esse concurso, o MEC promoveu a criação de um aplicativo de combate ao *Aedes*, com o intuito de ensinar de forma lúdica e informal sobre a prevenção dos focos do mosquito. Através do jogo, professores e estudantes de todos os lugares do Brasil eliminam, virtualmente, os focos de proliferação do *aedes aegypti*, cooperando assim para que o país vença os desafios enfrentados com a presença do mosquito no território nacional. Apesar de não ser possível acessar o aplicativo no momento que esta pesquisa foi realizada, aparentemente, através das publicações no site do ministério e um comentário na própria

plataforma onde o aplicativo é baixado, as funções dele foram muito educativas e necessárias para a conscientização de crianças e adultos.

A maior parte das ações aconteceram em referência ao Dia Nacional de Mobilização da Educação contra o Zika, ato posterior ao Pacto da Educação Brasileira contra o Zika, firmado em 2016 entre o MEC, demais representantes do governo e instituições particulares. As ações neste sentido contam com palestras, gincanas, teatro e a elaboração de cartazes e folders, além de outras atividades lúdico-pedagógicas realizadas nas escolas públicas e privadas do país para sensibilizar a população. Além disso, autoridades federais, acompanhados de secretários estaduais e municipais de educação, gestores, reitores, professores e servidores de universidades federais, fizeram visitas em escolas de diferentes cidades do país levando palestras com o intuito de mobilizar os estudantes no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya.

O então ministro da Educação, Mendonça Filho, participou de atividades em algumas escolas de São Paulo e trouxe que o combate ao mosquito é um grande desafio para a sociedade em geral e a escola deve desempenhar papel fundamental nos esforços para superar as dificuldades causadas pelo *Aedes aegypti*.

As ações foram realizadas com o intuito de apresentar o conhecimento para as crianças, através de atividades informais, e através do entusiasmo e engajamento de conhecer sobre o combate ao mosquito transmissor de doenças, fosse possível que elas propagassem as informações para seus pais, família e comunidade. O retorno das ações foi positivo, as discussões sobre os focos do *Aedes* se intensificaram e conseqüentemente, a população do mosquito pôde ser diminuída.



são necessárias pois eles possuem disposição e estão mais presentes, durante as brincadeiras, nos ambientes abertos e que normalmente possuem focos do mosquito, como quintais e terrenos abandonados<sup>6,9</sup>.

A ocorrência de ações concentradas em regiões periféricas pode ser explicada através da análise da atual situação socioeconômica do Brasil, mas principalmente dessas regiões mais afastadas dos grandes centros, onde existe a falta de equidade e aumento da pobreza. Diante disso, é necessário incorporar ações inovadoras e participativas para abordar os problemas de saúde e promover a educação da população escolar, garantindo assim, direitos à saúde de qualidade<sup>6</sup>.

Através da análise do NVivo, é possível verificar que dentre as palavras presentes nos textos das matérias, as que mais se destacaram foram “mosquito” e “educação”, demonstrando a relação direta existente entre a educação em saúde e o impacto sobre o mosquito *Aedes aegypti*, que no caso da discussão das ações analisadas, a educação contribui positivamente para eliminar focos do mosquito.

Os hábitos populacionais estão ligados à proliferação do *Aedes* e através da promoção da educação em saúde de qualidade, pode-se esperar bons resultados na redução dos vetores e em consequência, a diminuição do número de casos de pessoas doentes, hospitalizadas e óbitos ocasionados pela Dengue, Zika e Chikungunya<sup>9</sup>. Para a promoção da prática de educação em saúde, o profissional de saúde deve valorizar a realidade local, utilizar linguagens acessíveis, planejar suas ações educativas e analisar a efetividade do processo educativo desenvolvido. Dessa maneira, é imprescindível relacionar o saber popular com o conhecimento científico, através da integração dos sujeitos envolvidos no processo<sup>10</sup>.

As ações do MEC demonstram qualidade e envolvimento da comunidade, o que beneficia de forma ativa o combate ao *A. aegypti*. Além disso, é possível verificar a integração entre os setores, de forma a promover ações de educação em saúde na população. Apesar disso, é inegável que as ações realizadas ainda são escassas e diante do cenário atual brasileiro, preocupante em relação às arboviroses e dos desafios para o controle de vetores no país, torna-se imprescindível a disponibilidade de informações oportunas por meio da integração de informações existentes e disponíveis para a adoção de medidas específicas e efetivas para a prevenção das arboviroses no Brasil<sup>11</sup>.

A publicação e a permanência das notícias sobre as ações nas escolas nos anos de 2016 e 2017 no site do Ministério da Saúde desperta curiosidade e atrai atenção de gestores

de outras escolas, nos diversos estados brasileiros, promovendo assim, a divulgação das informações.

## CONCLUSÃO

As ações de controle vetorial do *Aedes aegypti* e promoção da saúde direcionadas para as escolas são escassas e um pouco antigas, levando em consideração que já se passaram 4 anos desde a última ação divulgada no site do Ministério da Educação. Para vencer o atual cenário epidêmico brasileiro é preciso novas tecnologias em saúde e gestão da informação, educação e comunicação que sejam contínuas e direcionadas.

O investimento na educação em saúde nas escolas e a integração com o setor saúde fortalece a formação de pessoas e uma comunidade atenta na prevenção e controle das arboviroses. As escolas ocupam espaço de instituições ativas importantíssimas para a concretização das ações de promoção da saúde. É necessário estabelecer condições de comunicação científica sólida, a fim de assegurar a correta divulgação do conhecimento produzido para toda a comunidade. Inclusive, permitindo o esclarecimento do gestor acerca das campanhas oferecidas à população, e com o devido monitoramento em torno dos seus resultados diretos e efetivos.

## REFERÊNCIAS

1. Montero A. Fiebre chikungunya - Una nueva amenaza global [Chikungunya fever - A new global threat]. *Med Clin (Barc)*. 2015; 7;145(3):118-23. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775314004576?via%3Dihub>.
2. Guzman MG, Harris E. Dengue. *Lancet*. 2015 ;385 (9966) :453-65. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60572-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60572-9).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_prevencao\\_controle\\_dengue.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:



[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_gestao\\_trabalho\\_educacao\\_saude\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf)

5. Rangel ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. Interface (Botucatu), Botucatu. 2008; 12 (25): p.433-441. Disponível em:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000200018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000200018&script=sci_abstract&tlng=pt).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde : experiências do Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas\\_promotoras\\_saude\\_experiencias\\_brasil\\_p1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf)
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec. 2010 apud Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. Inf. & Soc.:Est., João Pessoa. 2014; 24(1):13-18. Disponível em: [https://www.brapci.inf.br/\\_repositorio/2015/12/pdf\\_ba8d5805e9\\_0000018457.pdf](https://www.brapci.inf.br/_repositorio/2015/12/pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf)
8. Mozzato A, Grzybovski D, Teixeira A. Análises Qualitativas nos estudos organizacionais: as vantagens no uso do software NVivo. Revista Alcance. 2016; 23(4), 578-587. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/journal/4777/477749961009/html/>
9. Soares FM. et al. Método educacional infantil na prevenção e combate à dengue, zika vírus e Chikungunya. Revista Extensão em Foco. 2017; 1(13). Disponível em:  
<https://revistas.ufpr.br/extensao/article/view/46502>
10. Chaves MO, Evangelista MSN, Fernandes FMC. Educação em saúde sobre o Aedes aegypti: relato de experiência. Rev Bras Enferm.2020; 73(3). Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/wKDpqZqJKRD9rX7wYDc6qMp/?format=pdf&lang=pt>
11. Zara, ALSA et al. Estratégias de controle do Aedes aegypti: uma revisão. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2016; 25(2). Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ress/a/dxD9DzpTvhQxZDYtnfbF8xz/abstract/?lang=pt>

# **Análise de Implantação do Programa Nacional de Controle da Doença De Chagas em Sistemas Municipais**

*Analysis of Implementation of The National Chagas Disease Control Program in Municipal Systems*

*Análisis de la Implementación del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas en los Sistemas Municipales*

Taise de Alcantara Amancio  
Hebert Luan Pereira Campos dos Santos  
Hildebrando Antunes de Carvalho Neto  
Maria de Lourdes Lacerda Lemos  
Eliana Amorim de Souza  
Nília Maria de Brito Lima Prado

## **RESUMO**

O presente estudo objetivou analisar a implantação do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas em dois municípios do estado da Bahia, Brasil. Foi realizada uma avaliação normativa das dimensões e análise de aspectos do contexto organizacional, contemplando o grau de implantação e a análise da influência do contexto organizacional nos dois locais considerados endêmicos, classificados como de alto e médio risco. O município 1 alcançou um grau de implantação de 61,60%, e o município 2 obteve 64,49%, sendo ambos considerados intermediários, com forte influência do contexto organizacional no grau de implantação obtido. Entre as facilidades, destacam-se o pioneirismo da vigilância entomológica no município 1 e a rede de atenção à saúde estruturada no município 2. Entretanto, ainda persistem entraves nos contextos avaliados, a exemplo dos desafios na sustentabilidade de ações de vigilância, incipiência na formação e educação permanente em doença de Chagas, dificuldades no diagnóstico precoce e na instituição de tratamento específico e oportuno. Evidenciou-se a importância do fortalecimento das ações da atenção primária em saúde para identificação e cuidado ampliado de casos da doença por equipes interprofissionais, para suscitar maior integralidade das ações.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde; Doença de Chagas; Avaliação em saúde.

## **ABSTRACT**

The present study aimed to analyze the implementation of the National Chagas Disease Control Program in two municipalities in the state of Bahia, Brazil. A normative evaluation of the dimensions and analysis of aspects of the organizational context was performed contemplating the degree of implementation and the analysis of the influence of the organizational context in the two locations considered endemic, classified as high and medium risk. Municipality 1 reached an implementation level of 61.60% and municipality 2 obtained 64.49%, both being considered intermediate, with a strong influence of the organizational context on the implementation level obtained. Among the facilities, we highlight the pioneering of entomological surveillance in municipality 1 and the structured health care network in municipality 2. However, there are still obstacles in the evaluated

contexts, such as challenges in the sustainability of surveillance actions, incipient training and continuing education in Chagas disease, difficulties in early diagnosis and in the institution of specific and timely treatment. The importance of strengthening the actions of primary health care for the identification and extended care of cases of the disease by multidisciplinary teams to raise greater completeness of actions was evidenced.

Keywords: Public Health Policies; Chagas Disease; Health Evaluation.

## **RESUMEN**

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la implementación del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas en dos municipios del estado de Bahía, Brasil. Se realizó una valoración normativa de las dimensiones y análisis de aspectos del contexto organizacional, considerando el grado de implementación y el análisis de la influencia del contexto organizacional en los dos lugares considerados endémicos, clasificados como de alto y medio riesgo. El municipio 1 alcanzó un grado de implementación de 61,60%, y el municipio 2 obtuvo 64,49%, siendo ambos considerados intermedios, con una fuerte influencia del contexto organizacional en el grado de implementación obtenido. Entre los equipamientos se destacan la vigilancia entomológica pionera en el municipio 1 y la red de atención de salud estructurada en el municipio 2. Sin embargo, aún persisten obstáculos en los contextos evaluados, como los desafíos en la sostenibilidad de las acciones de vigilancia, la formación incipiente y la educación permanente en Enfermedad de Chagas, dificultades en el diagnóstico precoz y en la instauración de un tratamiento específico y oportuno. Se destacó la importancia de fortalecer las acciones de la atención primaria de salud para la identificación y atención ampliada de los casos de la enfermedad por equipos interprofesionales, con el fin de promover una mayor integralidad de las acciones.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud; La enfermedad de Chagas; Evaluación de la Salud.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a Doença de Chagas (DC) apresenta-se como um problema de saúde pública a ser superado<sup>1</sup>. Os dados revelam 3060 casos de Doença de Chagas Aguda (DCA) entre os anos de 2007 a 2019<sup>2</sup>. Com relação à Doença de Chagas Crônica (DCC), as estimativas de 2020 revelam um total de, aproximadamente, 1.366.000 casos entre as pessoas com mais de 25 anos. Ademais, o agravo é responsável por uma média de 4663 óbitos anuais, segundo dados de 2007 a 2017 do Ministério da Saúde<sup>2</sup>, além das perdas sociais causadas pela doença nas áreas endêmicas, como absenteísmo, incapacidades no trabalho e aumento dos custos dos serviços de saúde e de previdência social<sup>3</sup>.

Por sua vez, a doença de Chagas atinge, majoritariamente, a população com maior vulnerabilidade socioeconômica, proveniente das zonas rurais, com baixa escolaridade, baixa visibilidade política e forte dependência de ações estatais efetivas e longitudinais<sup>3,4</sup>. Comumente, tais estratégias são atropeladas por ações direcionadas a patologias e programas de maior visibilidade político-social<sup>3</sup>. Nesse cenário, evidencia-se a persistência de falha na operacionalização dos serviços de saúde, especialmente, o acesso oportuno a diagnóstico e tratamento. Percebe-se, ainda, o desafio na oferta de um cuidado integral a essas pessoas e suas famílias, bem como na vigilância e no controle da infecção pelo *T. cruzi*<sup>5</sup>.

A análise do conjunto de normas legais e técnicas que configuram o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) tem evidenciado lacunas críticas relacionadas aos aspectos operacionais das ações de atenção à saúde ao acometidos pela doença. No que concerne aos estudos avaliativos, a maioria enfatiza aspectos restritos à vigilância epidemiológica e entomológica, com foco na ocorrência e distribuição de espécies de triatomíneos, suas características e distribuição geográfica, e sobre a aplicação de inquéritos sorológicos<sup>6,7,8</sup>.

Ante o exposto, o objetivo do artigo é analisar a implantação do programa nacional da doença de Chagas em municípios baianos, considerados endêmicos, classificados como de alto e médio risco, na região sudoeste do estado da Bahia.

## METODOLOGIA

### Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de caráter avaliativo, de análise de implantação, que contemplou o grau de implantação e a análise da influência do contexto organizacional (avaliação de implantação do tipo 1b)<sup>9</sup> por intermédio de estudo de múltiplos casos em municípios do estado da Bahia.

A análise da implantação refere-se, em síntese, ao estudo das relações entre uma ação e seu contexto no percurso de sua execução, com o intuito de identificar melhor os elementos facilitadores ou aqueles que levam ao comprometimento da implantação<sup>9</sup>.

### Cenários do estudo

Compuseram os cenários de análise para este estudo dois municípios do estado da Bahia, ambos inseridos em uma mesma região de saúde (Quadro 1).

**Quadro 1. Caracterização dos municípios participantes do estudo, 2022.**

Município	Área Geog.	Pop. Estim. (2021)	PIB per capita (2019)	IDHM (2010)	Índice GINI	N. Eq. ESF (2020)	Cobertura de ESF (2020)	Risco transm . vetorial
M1	2.010,316 km <sup>2</sup>	15.996	7.573,75	0,528	0,48	07	100%	Alto risco
M2	3.254,186 km <sup>2</sup>	343.643	21.459,85	0,678	0,55	48	48,48%	Médio Risco

FONTES: IBGE, 2021<sup>10</sup>; Atlas Brasil, 2010<sup>11</sup>; e-Gestor AB, 2020<sup>12</sup>; Bahia, 2018<sup>13</sup>.

Tanto o município 1 quanto o município 2 possuem grandes áreas de zona rural em seus respectivos territórios.

Quanto à organização da rede de serviços, no que se refere à entomologia, o município 1 mantém um coordenador de endemias específico para controle vetorial da doença de Chagas, sendo a equipe formada por mais cinco Agentes de Combate às Endemias (ACE), ambos supervisionados pela coordenação da Vigilância Epidemiológica. Há oito Postos de Entrega de Triatomíneos (PITs) e um laboratório próprio para análise dos triatomíneos quanto à positividade para *T. cruzi*. A rede utilizada para atendimentos de casos de DC, ainda que não formalmente delineada, abrange unidades de saúde da Atenção Primária, um hospital municipal, uma central de regulação municipal de exames e procedimentos e articulações eventuais com serviços especializados pactuados no município polo da região de saúde. Os

internamentos e procedimentos de alta complexidade são realizados via pactuação com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), viabilizados pelos Núcleos Regionais em Saúde (NRS) e pelas bases regionais. Para o tratamento, o medicamento antiparasitário específico é adquirido via solicitação à SESAB, também por intermédio do NRS. Vale ressaltar que no município 1 não há fluxo de atenção à saúde definido para os acometidos pela doença de Chagas.

No município 2, a vigilância entomológica conta com um coordenador de endemias, que, além da doença de Chagas, é responsável por outros agravos de disseminação vetorial, sendo a equipe formada por seis ACE cuja coordenação está atrelada à diretoria de vigilância à saúde. Destaca-se que não há PITs, todavia, os triatomíneos encontrados podem ser entregues na secretaria de saúde, e existe um laboratório para análise dos vetores. Os serviços acessados para o atendimento a casos de DC compreendem: unidades de atenção primária à saúde; central de regulação de exames e procedimentos especializados, que realizam agendamentos tanto de forma centralizada quanto descentralizada com a presença de marcadores dentro das unidades de saúde; e um centro de especialidades. Os casos de emergência e internamento hospitalar, bem como alguns procedimentos de alta complexidade também são realizados via serviço estadual. O tratamento específico é adquirido por meio de solicitação junto à SESAB via NRS e bases regionais. Entretanto, do mesmo modo, não existem fluxos de atenção à saúde formalizados para a doença de Chagas.

## Sujeitos do estudo

Os sujeitos que contemplaram os informantes-chave atuam localmente na coordenação, execução ou utilização das ações do programa de controle da DC nos diversos níveis (Quadro 2). Ressalta-se que houve dificuldades na identificação de usuários acometidos por doença de Chagas, uma vez que nos municípios não havia dados sobre esses usuários. Por sua vez, as unidades de saúde desconheciam casos de doença de Chagas em seus territórios. Assim, foi entrevistado apenas um usuário em cada município.

**Quadro 2. Caracterização dos informantes-chave do estudo, 2022.**

Município	Atuação	Tempo no cargo	Código
M1	Secretária Municipal de Saúde	2 anos e 6 meses	G1 – M1
	Coordenadora da Vigilância Epidemiológica	2 anos	G2 – M1
	Coordenador de Endemias	18 anos	G3 – M1
	Coordenadora da Atenção Básica	2 anos	G4 – M1
	Diretora do Hospital Municipal	6 anos	G5 – M1
	ACS	11 anos	P1 – M1

	ACE	10 anos	P2 – M1
	Enfermeira	3 meses	P3 – M1
	Médica	7 meses	P4 – M1
	Usuário	Não se aplica	U1 – M1
<b>TOTAL DE ENTREVISTADOS M1</b>			<b>10</b>
<b>M2</b>	Secretária Municipal de Saúde	2 anos e 1 mês	G1 – M2
	Diretora de Vigilância em Saúde	1 ano e 4 meses	G2 – M2
	Coordenador de Endemias	3 anos	G3 – M2
	Apoiadora Institucional da Atenção Básica	1 ano e 5 meses	G4 – M2
	ACS	21 anos	P1 – M2
	ACE	18 anos	P2 – M2
	Enfermeira	1 ano e 6 meses	P3 – M2
	Médico	1 ano e 3 meses	P4 – M2
	Usuário	Não se aplica	U1 – M2
<b>TOTAL DE ENTREVISTADOS M2</b>			<b>09</b>
<b>E</b>	Gestor Estadual	3 anos	GE
<b>TOTAL DE ENTREVISTADOS DO ESTADO</b>			<b>01</b>
<b>TOTAL DE ENTREVISTADOS</b>			<b>20</b>

Fonte: Elaborado pelos autores. Legenda: M: Município, G: Gestor, P: Profissional, U: Usuário, E: Estado.

## Produção dos dados

Os dados foram produzidos a partir de entrevistas, revisão e análise documental.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (entre julho de 2019 e março de 2020) com gestores, profissionais de saúde e usuários nos dois municípios com a utilização de um roteiro delineado conforme as dimensões e subdimensões de uma matriz avaliativa validada por especialistas e a observação *in loco* e análise dos documentos que comprovaram a condução do PNCDCh no âmbito municipal (portarias, atas, resoluções, manuais etc.).

As entrevistas foram gravadas após autorização do informante, transcritas na íntegra, e os dados coletados foram organizados e sistematizados em uma planilha do Microsoft Word®.

## Análise de dados

Os dados coletados a partir das entrevistas e da análise de documentos foram analisados por meio da leitura flutuante das respostas e sistematização das ideias iniciais, exploração do material para codificação das questões, conforme as categorias operacionais pré-estabelecidas e interpretação dos excertos<sup>14</sup>. Esses dados permitiram a análise dos fatores dos contextos político-organizacional (cenário de implantação do programa) e técnico-organizacional (cooperação dos atores no apoio à implantação e à contribuição dos dispositivos institucionais na implantação). Esses excertos foram analisados, também, conforme as dimensões, objetivos, ações e resultados esperados pelo programa de controle de DC.

Para avaliação do grau de implantação, foi utilizada a matriz de padrões e critérios do PNCDCh, construída a partir das estratégias vigentes para enfrentamento dos dados em nível nacional, contida nos seguintes documentos: Caderno de Atenção Básica nº 22 – zoonoses (2009)<sup>15</sup>, Guia de transmissão da doença de Chagas por alimentos (2009)<sup>16</sup>, Recomendações para o diagnóstico parasitológico e sorológico da doença de Chagas (2013)<sup>17</sup>, Atlas iconográfico de triatomíneos (2014)<sup>18</sup>, II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2015)<sup>19</sup>, Protocolo Clínico de Diretrizes terapêuticas em doença de Chagas (2018)<sup>20</sup>, Guia de Vigilância em Saúde (2019)<sup>21</sup>, Boletim Epidemiológico da doença de Chagas aguda (2019)<sup>22</sup>, Portaria nº 1061 (2020)<sup>23</sup>. Cabe mencionar, que conforme Amancio et al (No prelo<sup>1\*</sup>), a referida matriz foi anteriormente validada por especialistas da área. Os excertos das entrevistas e a observação dos documentos foram analisados de acordo com a matriz de padrões e critérios, sendo determinada uma pontuação máxima para cada padrão e cada critério da referida matriz, a partir da interpretação, possibilitando a mensuração do grau de implantação do programa.

O cálculo do grau de implantação foi obtido pela relação entre a pontuação observada em cada padrão e dimensão, e as respectivas pontuações máximas de cada, multiplicadas por 100:  $\text{Score} = \text{Pontuação obtida} / \text{pontuação máxima} \times 100$ , onde a Pontuação obtida =  $\sum$  da pontuação obtida em cada critério, dimensão ou nível e a Pontuação Máxima =  $\sum$  da pontuação máxima de cada critério, dimensão ou nível. A partir do score alcançado, classificou-se o grau de implantação em três categorias: incipiente > 25 e < 49 pontos; intermediário > 50 e < 75 pontos; e avançado > 75 pontos.

## Aspectos éticos

Este projeto está vinculado ao projeto original intitulado Integração de Ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de Chagas no SUS no Sudoeste do estado da Bahia, aprovado pelo Edital FAPESB nº 003/2017, Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, conforme parecer nº 2.644.039. A gestão municipal dos dois locais autorizou a realização da pesquisa mediante assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

---

<sup>1\*</sup> Amancio TA, Santos HLPC, Carvalho Neto HA, Araújo ALS, Souza EA, Prado NMBL. Validação do Modelo Teórico Lógico para as Diretrizes de Vigilância, Controle e Atenção à Doença de Chagas. Cad. Saúde Colet. No prelo.



## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O grau de implantação do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas foi considerado intermediário em ambos os municípios, correspondendo a 61,60% no M1 e a 64,49% no M2 (Quadro 3). O quadro 3 traz a pontuação máxima e a pontuação alcançada pelos municípios em cada padrão, dividindo-os de acordo com a subdimensão e dimensão pertencente.

**Quadro 3. Matriz de mensuração do grau de implantação geral do PNCDCh nos dois municípios baianos, 2022.**

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE	SUBDIMENSÃO	PADRÃO	PONT. MÁX.	M1	M2	
	ENTOMOLOGIA	Identificar as particularidades locais da cadeia de transmissão da doença de Chagas.		1,60	0	0
		Realizar vigilância entomológica passiva.		1,40	1,40	0,65
		Proceder à vigilância entomológica ativa.		0,80	0,80	0,80
		Efetuar vigilância entomológica após casos de transmissão vetorial.		0,50	0,50	0,50
		Analisar triatomíneos capturados.		1,90	1,90	1,90
		Estabelecer medidas de correção ambiental para controle da colonização triatomínea.		1,80	1,30	1,05
		<b>TOTAL</b>		<b>8,00</b>	<b>5,90</b>	<b>4,90</b>
	EPIDEMIOLOGIA	Suspeitar de casos da doença de Chagas e seus possíveis modos de transmissão.		0,90	0,68	0,68
		Produzir informações epidemiológicas consistentes sobre a doença de Chagas.		3,35	1,80	1,80
Buscar e investigar possíveis casos suspeitos da doença de Chagas.			3,35	1,15	1,15	
Garantir a confirmação dos casos suspeitos.			0,90	0,90	0,90	
<b>TOTAL</b>			<b>8,50</b>	<b>4,53</b>	<b>4,53</b>	
SANITÁRIA	Investigar os serviços transfusionais e de transplantes e o processo de produção de alimentos.		1,92	0,91	0,91	
	Garantir adequação sanitária na produção de produtos alimentícios.		5,05	3,55	4,04	
	Estabelecer precauções nas transfusões/transplantes.		3,03	2,53	2,53	
	<b>TOTAL</b>		<b>10,00</b>	<b>6,99</b>	<b>7,48</b>	
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Conscientizar a população para prevenção e comunicação de insetos suspeitos e/ou capturados.		5,30	4,00	2,50	
	Promover educação permanente, com relação à DC, aos profissionais de saúde.		4,20	2,56	2,10	
	<b>TOTAL</b>		<b>9,50</b>	<b>6,56</b>	<b>4,60</b>	
<b>TOTAL - VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE</b>			<b>36</b>	<b>23,98</b>	<b>21,51</b>	
<b>GRAU DE IMPLANTAÇÃO – VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE</b>			<b>100%</b>	<b>66,61%</b>	<b>59,75%</b>	

			INT	INT	
CUIDADO À SAÚDE	DIAGNÓSTICO e RASTREAMENTO	Confirmar a DCA através de método parasitológico direto, o mais indicado na fase aguda.	1,60	1,00	1,00
		Diagnosticar crianças sob suspeita da infecção congênita por <i>T. cruzi</i> .	1,52	0	0
		Proceder diagnóstico laboratorial dos casos crônicos de DC por metodologias sorológicas.	0,42	0,42	0,42
		Diagnosticar casos de reativação da doença de Chagas.	1,52	1,31	1,31
		Utilizar parâmetro clínico-epidemiológico para casos da doença de Chagas aguda.	0,50	0	0
		Diagnosticar a forma crônica indeterminada da doença de Chagas.	0,50	0,50	0,50
		Efetuar o diagnóstico de cardiopatia chagásica aguda.	0,50	0,50	0,50
		Proceder ao diagnóstico de cardiopatia chagásica crônica.	0,43	0,43	0,43
		Diagnosticar formas crônicas digestivas da doença de Chagas.	0,84	0,56	0,84
		Realizar cuidadosa abordagem assistencial na investigação e no diagnóstico da DC.	0,92	0,46	0,46
		Rastrear público que apresenta vulnerabilidade para DC.	1,45	0,64	0,64
		<b>TOTAL</b>	<b>10,20</b>	<b>5,82</b>	<b>6,10</b>
		CUIDADO À SAÚDE	TRATAMENTO	Tratar etiologicamente indivíduos com doença de Chagas aguda.	0,92
Empregar farmacoterapia etiológica em quadros específicos da DCC.	0,29			0,15	0,15
Avaliar, de maneira compartilhada, o tratamento etiológico em alguns casos de DCC.	0,89			0,46	0,46
Não ofertar tratamento antiparasitário para <i>T. cruzi</i> , em casos específicos.	0,60			0,60	0,60
Tratar casos indicados de DC com benznidazol (fármaco de primeira escolha).	1,65			1,65	1,65
Oferecer tratamento de casos da DC, de maneira substitutiva, com nirfutimox*.	1,32			0	0
Tratar clinicamente os casos de cardiopatia chagásica aguda.	0,39			0,39	0,39
Tratar clinicamente os casos de cardiopatia chagásica crônica.	2,14	1,56	1,88		

		Tratamento clínico da forma crônica digestiva da doença de Chagas – megasôfago.	1,26	0,89	1,06	
		Tratamento clínico da forma crônica digestiva da doença de Chagas – megacólon.	1,18	0,95	1,05	
		<b>TOTAL</b>	<b>10,60</b>	<b>7,12</b>	<b>7,68</b>	
	SEGUIMENTO	Identificar e conduzir falha terapêutica.	1,20	0	0	
		Acompanhar, clínico-laboratorialmente, os indivíduos tratados etiologicamente.	3,40	1,70	1,70	
		Acompanhar os acometidos da doença de Chagas.	6,60	3,70	3,83	
		<b>TOTAL</b>	<b>11,20</b>	<b>5,40</b>	<b>5,53</b>	
	<b>TOTAL – CUIDADO À SAÚDE</b>			<b>32</b>	<b>18,34</b>	<b>19,31</b>
	<b>GRAU DE IMPLANTAÇÃO – CUIDADO À SAÚDE</b>			<b>100%</b>	<b>57,31%</b>	<b>60,34%</b>
					<b>INT</b>	<b>INT</b>
RAS EM DOENÇA DE CHAGAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA	Garantir tratamento com benznidazol para a DC.	1,75	1,75	1,75	
		Empregar terapia com benznidazol na atenção básica.	3,00	2,25	2,25	
		Acompanhamento de indivíduos com DC, em casos não graves.	1,75	0,90	1,31	
		Referenciar os casos graves da doença de Chagas.	1,75	0,90	1,75	
		Encaminhar as reações adversas graves ao benznidazol.	6,00	2,99	3,71	
	ATENÇÃO PRIMÁRIA	Responsabilização pelos usuários com DC em acompanhamento nas unidades de referência.	1,75	0,90	0,90	
		<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>9,69</b>	<b>11,67</b>	
		ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Atender os casos graves da doença de Chagas.	3,75	1,93	3,75
	Atender as reações adversas graves ao benznidazol.		5,50	3,41	4,50	
	Garantir e ofertar tratamento com benznidazol, nifurtimox e amiodarona.		6,75	4,25	4,25	
	<b>TOTAL</b>		<b>16</b>	<b>9,59</b>	<b>12,00</b>	
	<b>TOTAL – RAS EM DOENÇA DE CHAGAS</b>			<b>32</b>	<b>19,28</b>	<b>23,67</b>
	<b>GRAU DE IMPLANTAÇÃO – RAS EM DOENÇA DE CHAGAS</b>			<b>100%</b>	<b>60,25%</b>	<b>73,96%</b>
				<b>INT</b>	<b>INT</b>	
<b>GRAU DE IMPLANTAÇÃO GERAL</b>			<b>100%</b>	<b>61,60%</b>	<b>64,49%</b>	
				<b>INT</b>	<b>INT</b>	

Legenda: DC: Doença de Chagas; DCC: Doença de Chagas Crônica; RAS: Rede de Atenção à Saúde.  
 Grau de implantação: incipiente (INC): > 25 e < 49 pontos; intermediário (INT): > 50 e < 75 pontos; e avançado (AVA): > 75 pontos.  
 Fonte: Elaborado pelos autores.

Evidencia-se que o município 1 contou com maior grau de implantação na dimensão vigilância, prevenção e controle. É um município considerado referência para a vigilância entomológica dos triatomíneos e amplamente acompanhado pelo âmbito Estadual, visto que constituía um dos territórios baianos onde ainda existiam focos residuais do *T. infestans*.

Por sua vez, o município 2 sobressaiu-se na dimensão Rede de Atenção à Saúde (RAS) em doença de Chagas. Por se tratar de um município de maior porte populacional, a rede de atenção mostra-se mais estruturada, com maior escopo de componentes e maior facilidade de acessar tais serviços. Aqui, vale ressaltar que o município 1 tem uma considerável população que vive na grande área de zona rural do município, o que pode dificultar ainda mais o acesso à saúde, inclusive aos serviços pactuados e disponíveis fora do M1.

Ademais, nenhum dos dois municípios tem uma rede específica para atenção à saúde em doença de Chagas, contudo, conforme a necessidade, viabiliza-se a realização de exames e consultas especializadas por meio da RAS do município.

A seguir, o quadro 4 apresenta os principais excertos dos entrevistados, tendo sido dividido pelas dimensões e subdimensões propostas para o PNCDCh. Na sequência, apresentam-se os resultados e discutem-se de acordo com as dimensões: vigilância, prevenção e controle; cuidado à saúde e rede de atenção em doença de Chagas.

**Quadro 4. Principais excertos extraídos das falas dos informantes-chave, de acordo com as dimensões e subdimensões do PNCDCh, 2022.**

Dimensão	Subdimensão	Município 1	Município 2
VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE	ENTOMOLOGIA	<i>[...]A gente faz a programação anual de que é feito pesquisa tanto passiva quanto ativa através dos PITS, né? Que tem... todas as unidades tem um 'pitizinho', uma caixinha para poder coletar os barbeiros [...] A gente tem um laboratório aqui também no centro de endemias, e, então, a análise é feita, imediata; é dado o resultado pros usuários se era um barbeiro positivo ou não; faz a borrifação... então, assim, até o momento, as ações foram focadas na questão vetorial [...] G2M1</i>	<i>[...] a gente faz busca ativa dos vetores, a gente faz borrifação das localidades, das residências. Tanto a gente faz atendimento via algum tipo de denúncia ou por ouvidoria, ou o próprio morador faz uma ligação via telefone direto da coordenação. A gente atende dessa forma em relação a vetor [...] G2M2</i>

<b>VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE</b>		<i>A gente está trabalhando nas localidades que foram encontrados barbeiros o ano passado e também em outras localidades que entraram por sorteio [...] G3M1</i>	<i>[...] Elas (as ações) são panejadas a partir das localidades que tinha um histórico de ocorrência de presença de triatomíneos [...], do trabalho realizado na SUCAM e FUNASA. Nós levantamos esses dados anteriores e, a partir daí, a gente fez um cronograma nessas localidades[...] G3M2</i>
	EPIDEMIOLOGIA	<i>Oh! No momento, ela é uma doença subnotificada, entre aspas, porque, assim, nós nunca identificamos nenhum caso de Chagas agudo [...] Desde que eu assumi, nunca teve também nenhum paciente que teve, que foi diagnosticado e iniciou tratamento. G2M1</i>	<i>[...] a gente viu que... nosso banco de dados... de informação, voltado pra Chagas, ele é deficiente. A gente conseguiu ver quando cruzamos os dados, é... laboratoriais com os dados do sistema de identificação, o próprio SINAN e não bate. Os dados registrados no SINAN era bem menor [...] G2M2</i>
	SANITÁRIA	<i>Sim. A gente tem abordado bastante (orientação sobre manipulação de alimentos). É um tema que está até em evidência agora [...] G3M1</i>	<i>Assim, nós da vigilância sanitária municipal, é... trabalha com a legislação específica das boas práticas e manipulação de alimentos. Agora, dentro da RDC a gente já completa de uma forma geral, né? [...] G2M2</i>
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	<i>A gente desenvolve um projeto, tem o projeto saúde na escola. Inclusive, ontem eu estava fazendo as ações nas escolas. E a gente tem uma parceria com a secretaria de educação também com relação à doença de Chagas [...] G3M1</i>	<i>Nós temos uma equipe de educação e saúde... educação popular e saúde compõe a equipe de controle de endemias, onde nós temos feito essas abordagens nas comunidades, né? [...] G3M2</i>
<b>CUIDADO EM SAÚDE</b>	DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO	<i>[...] Na minha área de trabalho não conheço nenhum caso de doença de Chagas. Não conheço. P1M1 Nós começamos a olhar a doença de Chagas como uma doença do município, que a gente não sabia que tinha, quando apareceram dois casos aqui no hospital. G5M1</i>	<i>Não, nunca tive. Se existe os pacientes contaminados lá deve provavelmente ser ocultos. Porque nunca tive nenhum contato com paciente que seja com Chagas crônica ou Chagas aguda que foi identificado [...] P4M2</i>
		<i>[...] Até o momento, não. Está pensando em fazer um rastreamento por meio dos agentes comunitários de saúde pra poder ver quem se declara com Doença de Chagas, mas, fora isso, nenhum rastreamento. G2M1</i>	<i>[...] Se houver um caso de Doença de Chagas aguda, a gente precisa avaliar toda a população que teve contato com aquela unidade domiciliar, ou que frequentou etc. G3M2</i>
	TRATAMENTO	<i>[...] pelo que me falaram, tipo, faz um relatório e envia, o farmacêutico envia para o farmacêutico do núcleo, e ele é que faz o pedido dessa medicação e envia para o município. G2M1</i>	<i>É disponibilizado a partir da... farmácia central do estado, né? É um produto... um medicamento que vem do Ministério de Saúde pra ser distribuído nessa situação e a partir da necessidade do paciente. Então,</i>

			<i>segundo os protocolos, é liberado. G3M2</i>
	SEGUIMENTO	<i>Tenho uma paciente que tem. Veio até há pouco tempo comigo. Ela está fazendo acompanhamento 'no município polo', porque ela tem megacólon chagásico [...] Ela já faz acompanhamento com proctologista e só passou comigo porque o procto tinha dito pra ela que não tinha como mais fazer tratamento. Aí a coordenadora da vigilância epidemiológica me procurou pra fazer o encaminhamento para um outro procto [...] P4M1</i>	<i>Não, só queria ter um atendimento assim mais especificado no meu problema, né? Ter um médico pra eu atender, né? [...] Acho que tem uns cinco anos que eu fiz o teste no sangue para ver se ainda tem o sangue do barbeiro, se tem o veneno ainda. U1M2</i>
RAS EM DOENÇA DE CHAGAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA	<i>Eu acredito que não (sobre a AB ser porta de entrada para os casos de DC), porque, quando um paciente chega, ele já sabe que ele tem a doença, ele já está com algum problema cardíaco, alguma coisa e chega no hospital [...] G4M1</i>	<i>Paciente chegou na unidade de saúde, fez tratamento, detectou que ele tem outro tipo de problema, faz os outros encaminhamentos tanto para rede hospitalar quanto para rede credenciada. G1M2</i>
	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	<i>Então, em relação a cirurgia, é uma situação nova para a gente. A gente viu que esse fluxo não é tão claro. Foi nos orientado que essa paciente fosse inserida numa lista única [...]. Passou pelo proctologista do 'centro especializado - município polo' e tudo. Ele indicou. A gente pagou uma consulta com um outro proctologista pra ter uma segunda opinião, e ela indicou o uso da cirurgia, fez um relatório e, através desse relatório, a gente anexa numa lista única, e aí estamos aguardando a marcação para essa paciente ser provavelmente encaminhada para Salvador [...] G2M1</i>	<i>É... a gente tem uma rede integrada [...] inclusive teve momentos outros integrados de discussão, né? Junto com, por exemplo, a diretoria de regulação, principalmente [...] com a coordenação de regulação que hoje é a representante da central de marcação do município, é... pra tá garantindo todo o acompanhamento e principalmente itinerário terapêutico desse paciente, né? G2M2</i>

Legenda: AB: Atenção Básica; DC: Doença de Chagas; FUNASA: Fundação Nacional de Saúde; PIT: Posto de Informação de Triatomíneo; RDC: Resolução da Diretoria Colegiada; SINAN: Sistema de Notificação de Agravos de Notificação; SUCAM: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.

Fonte: Elaborado pelos autores.

## Vigilância, Prevenção e Controle

Na dimensão Vigilância, Prevenção e Controle, o município 1 alcançou a pontuação de 66,6%, enquanto o município 2 obteve 59,8%.

Nota-se que ambos os municípios realizam atividades de vigilância entomológica. No entanto, o município 2 não conta com a implantação de Posto de Informação de Triatomíneo

(PIT) nos diversos pontos da cidade, e a entrega de triatomíneos ocorre apenas na Secretaria de Saúde do município.

Contudo, nota-se que o PIT é uma ferramenta considerada efetiva para o processo de vigilância entomológica, conforme descrito na fala de um gestor do município 1:

*O PIT tem facilitado muito o nosso trabalho, porque aqui nós temos 256 localidades, então são várias localidades e distantes [...] o PIT favorece muito isso, porque, mesmo a equipe fazendo a vigilância ativa, trabalhando em todo município, ela não consegue suprir a necessidade do município [...] G3M1*

Nesse sentido, vigilância passiva, através da colaboração da população devidamente informada e com garantia de resposta rápida e oportuna, é de suma importância para o controle vetorial<sup>24,25</sup>.

Por outro lado, evidenciam-se alguns desafios para a regularidade das ações de vigilância ativa em ambos os contextos, conforme ilustram os excertos abaixo:

*[...] Temos um contingente hoje mínimo, né? Em relação ao necessário. E... nós temos outras dificuldades, como transporte [...]. G3M2*

*[...] Nós temos um transporte que é o que precisa é essencial para que o trabalho funcione [...], mas ele não tá em boas condições né [...]. G2M1*

Os desafios emergidos pelas falas dos entrevistados corroboram outros estudos que evidenciaram a ausência e/ou más condições do transporte para a realização da busca ativa pelos agentes municipais<sup>7,25,26</sup>, além da insuficiência de recursos humanos para o programa<sup>26</sup>. Entretanto, um programa de entomologia deve ser organizado e contemplar ações regulares, já que a maior parte de triatomíneos do peridomicílio somente é encontrada pelos agentes de endemias<sup>7</sup>.

Cabe destacar que ambos municípios não realizavam ações de identificação de reservatórios para *T. Cruzi* e não desenvolviam projetos de reconstrução/reforma de domicílios em risco para infestação de barbeiros. Todavia, a literatura evidencia que a melhoria das condições habitacionais através da reconstrução ou reforma do domicílio e do peridomicílio, associada ao controle químico, é prática essencial para a redução da infestação de barbeiros<sup>27,28</sup>. Mesmo reconhecendo tal determinação socioeconômica da doença de Chagas, o programa de controle baseou-se ao longo dos tempos somente na borrifação de inseticidas<sup>6</sup>, sendo primordial a ação intersetorial como forma de atuar nas desigualdades sociais que atingem os usuários acometidos<sup>29</sup>.



No que diz respeito à vigilância epidemiológica do agravo, a maioria dos relatos evidenciava que a detecção da doença tem ocorrido de maneira passiva, ou seja, através de demanda espontânea e/ou encaminhamentos. Com relação às informações em saúde, havia inconsistências sobre os casos de doença de Chagas aguda e inexistência de registros dos usuários acometidos pela fase crônica da doença.

Tais dados assemelham-se ao estudo com médicos da estratégia saúde da família, em que foi informada a falta de conhecimento sobre a quantidade de usuários com doença de Chagas no município e que não existiam informações sobre esse público no âmbito das unidades de saúde<sup>30</sup>.

Importante ressaltar que os casos crônicos não eram de notificação compulsória até maio de 2020, e os municípios deste estudo, avaliados em período anterior a tal prerrogativa, informaram não possuir registro desses dados em nível municipal.

No que se refere à vigilância sanitária, os municípios relataram o desenvolvimento de vistorias em locais de produção de alimentos, mas não de uma maneira específica para doença de Chagas. O município 2 tinha o serviço de vigilância sanitária mais organizado que o município 1. No entanto, o município 1 realizava orientações à comunidade sobre transmissão oral da doença de Chagas por intermédio da equipe de endemias.

Um outro ponto importante para a discussão é a educação em saúde. Identificam-se algumas ações de educação para a comunidade, no sentido de orientar a população quanto à doença de Chagas, especialmente, quanto ao vetor da doença em ambos os municípios. Destaca-se o município 1, com parceria com as escolas, desenvolvendo, além de ações do Programa de Saúde na Escola, projetos extracurriculares sobre a temática com os alunos.

Outros estudos demonstram o desenvolvimento de educação para a comunidade relacionada tanto ao vetor quanto à própria doença de Chagas<sup>8,26</sup>, todavia, ainda há dificuldades da população em reconhecer os triatomíneos<sup>26</sup>.

No que se refere às ações de educação permanente em saúde, a maioria dos profissionais relatou ausência dessa temática nas palestras e capacitações desenvolvidas pelos municípios.

*Nunca me foi dito isso. Antes daquela reunião que teve, não. Que teve [...] sobre a pesquisa de vocês em DTNs (doença tropicais negligenciadas) [...]. P4M1*

*[...] No período, na gestão de cinco anos que eu estou no município, nunca participei (de atividade educativa sobre doença de Chagas). P3M2*

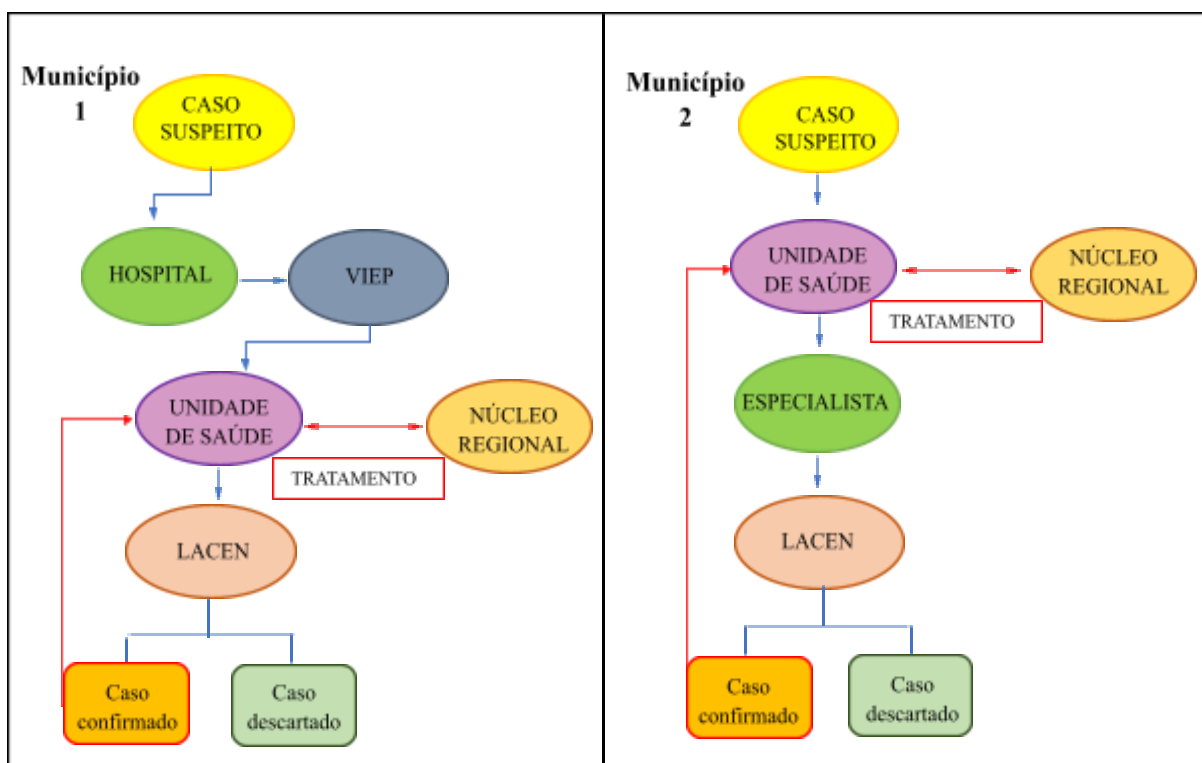
O presente achado coincide com Damasceno et al. (2020)<sup>30</sup>, que evidenciam uma formação acadêmica inadequada de médicos para atuação frente à doença de Chagas, bem como a ausência de capacitações que abordassem a temática nos serviços de saúde. Tal fato converge com a existência de sistema de educação elitista e pouco direcionado a questões de exclusão e desigualdades sociais, agravando a falta de interesse pela doença e seu *status* de negligência<sup>3</sup>.

Nessa perspectiva, é relevante que as estratégias sejam direcionadas por intermédio de ações de educação para a comunidade e para os profissionais/gestores de saúde, principalmente nos ambientes silenciosos, que são ambientes passíveis de subnotificação, especialmente em regiões endêmicas como o estado da Bahia<sup>31</sup>.

### Cuidado à saúde

Na dimensão Cuidado à Saúde, o município 1 alcançou a pontuação de 57,3%, enquanto o município 2 obteve 60,3%. A figura 1 apresenta o fluxo não formal referido pelos entrevistados, para diagnóstico e tratamento específico para o *T. cruzi* no município 1 e no município 2.

**Figura 1. Fluxo informal de diagnóstico/tratamento da doença de Chagas nos municípios 1 e 2.**



Fonte: Elaborada pelos autores.

Evidencia-se que, no município 1, o diagnóstico parte majoritariamente do atendimento hospitalar, especialmente na decorrência de casos graves da doença de Chagas. Já no município 2, a unidade de saúde tem papel importante na identificação de sinais e sintomas de maior gravidade, com encaminhamento para o serviço especializado, no entanto, o diagnóstico de doença de Chagas acontece, em sua maioria, por intermédio do especialista.

Os dois municípios contam com apoio do estado para o diagnóstico laboratorial, nesse sentido, os informantes de ambos os municípios informam a disponibilidade de exames diagnósticos para a verificação da infecção aguda e crônica pelo *T. cruzi*, via Laboratório Central (LACEN). Com relação aos desafios encontrados para a realização de tais exames, evidencia-se eventual demora para agendamento e/ou demora no recebimento dos resultados.

Em ambos os municípios estudados, buscava-se garantir a realização de exames diagnósticos especializados quando eram solicitados, a fim de possibilitar o diagnóstico das complicações. Os exames especializados eram disponibilizados e agendados pela central de marcação dos municípios, que acontecia no município 1 de maneira centralizada e no município 2 de ambas as formas (centralizada e descentralizada). Vale ressaltar que o município 1 contava com o serviço de raio X disponível no hospital municipal e que a maioria das unidades de saúde (aquelas que tinham acesso à internet) realizava o eletrocardiograma (ECG) via telessaúde. Nesse contexto, a estratégia de tele-eletrocardiograma é considerada um facilitador para o reconhecimento precoce de complicações cardíacas da doença de Chagas crônica através de laudos remotos do ECG<sup>30</sup>.

Porém, observa-se que o diagnóstico dos usuários acometidos por doença de Chagas aguda ou crônica não é uma realidade informada pelos municípios, sendo relatada pelos gestores e profissionais de saúde a não existência desses casos em seus territórios. Conforme discutido anteriormente, a ausência de capacitações e de conhecimento adequado por parte dos profissionais de saúde para identificação da doença reflete diretamente no subdiagnóstico dos casos existentes:

*[...] Eu não sei exatamente, eu só sei que o coração cresce. É só isso que eu tô lembrando.* P1M1

As limitações para diagnósticos oportunos compreendem a ausência de sintomatologia aparente e/ou diagnóstico médico inadequado<sup>4</sup>. Um estudo de coorte, o projeto SaMi-Trop, identificou a ausência de conhecimento e/ou ações de educação permanente sobre a doença de

Chagas direcionadas aos profissionais de saúde como um dos aspectos que mantêm a característica de negligência da doença de Chagas<sup>32</sup>.

Sendo assim, é de suma importância que o conhecimento seja disseminado dentro dos serviços de saúde como ferramenta para ampliação do olhar para a DC.

*[...] A gestão né, a nível municipal, poderia trabalhar com os profissionais. É... acaba sendo, talvez a gente tenha muita subnotificação por desconhecimento né, por não associar algumas sintomatologias a isso. Acho que a gente deveria receber um preparo pra esses casos [...] P3M2*

No que diz respeito ao diagnóstico oportuno, o rastreamento previsto pelo PCDT em doença de Chagas (2018)<sup>20</sup> estabelece critérios para que a população de risco seja testada, o que comumente não ocorre efetivamente nos municípios 1 e 2. Vale ressaltar que os municípios avaliados não realizavam triagem sorológica para *T. cruzi* em gestantes. Contudo, a identificação de casos da doença de Chagas em gestantes é considerada a melhor estratégia para prevenção de casos congênitos, associada à atenção à criança após o nascimento<sup>25,33</sup>.

Nota-se que, mesmo na disponibilidade de opções diagnósticas, o diagnóstico ainda ocorre tardiamente, especialmente em estágios mais avançados da doença, com a apresentação de complicações cardíacas e/ou digestivas identificadas.

Destarte, a estratégia de diagnóstico e tratamento precoce previne a progressão do agravo e o aparecimento de sintomas limitantes e incapacitantes aos usuários com doença de Chagas<sup>5</sup>. Sob essa perspectiva, urge a necessidade de ações para a mitigação dos impactos às pessoas que são acometidas pela doença com a finalidade de trazer bem-estar e aumento da expectativa de vida<sup>31</sup>. Já foi verificado que 56,5 % dos indivíduos acometidos por doença de Chagas não percebem uma boa qualidade de vida<sup>34</sup>.

No que diz respeito ao tratamento, o medicamento antiparasitário específico de primeira escolha estava disponível no Núcleo Regional de Saúde e é liberado após solicitação formal do município, conforme apresentado na figura 2. O PCDT em doença de Chagas (2018)<sup>20</sup> instituiu alterações para a utilização do medicamento antiparasitário específico para DC, ampliando seu uso para alguns casos de doença de Chagas crônica. Contudo, a prescrição e utilização do medicamento nos municípios avaliados não é comum, conforme a seguinte fala de um usuário:

*Não, para doença de Chagas não tomei nada. U1M1*

O depoimento acima corrobora a coorte Sami-Trop, em que a maioria dos usuários entrevistados relatou a não utilização prévia do benznidazol<sup>32</sup>. Na mesma perspectiva, no

estudo de Mendonça, Rocha, Andrade e Silva (2020)<sup>29</sup>, somente um usuário havia recebido tratamento medicamentoso para o *T. cruzi*. No sudoeste baiano, de 2016 a 2020, ocorreu solicitação do medicamento apenas para quatro usuários, menos de um tratamento por ano, evidenciando que muitas regionais do estado, até mesmo aquelas de maior risco, demonstram demanda baixíssima para o benznidazol<sup>31</sup>.

Ressalta-se que tratamentos de maior complexidade que abrangem o cuidado às complicações do agravo, tais como cirurgia e implantação de dispositivos, serão discutidos mais adiante na Rede de Atenção à Saúde em Doença de Chagas, visto que também contemplam a organização e a articulação dos serviços primários e especializados de saúde.

Com relação ao seguimento dos usuários acometidos, a fala a seguir evidencia a dificuldade de acompanhamento desses casos:

*[...] Eu encontrei um rapaz que ele tinha Chagas, e ele tava ruim. Andava um pouquinho e já sentia mal, e não era aposentado e não tinha nenhuma situação e nem ninguém acompanhando [...]. P2M2*

Além do tratamento específico para doença de Chagas, a atenção integral aos usuários acometidos é muito restrita, especialmente, nas suas formas crônicas<sup>5</sup>. O estudo de Damasceno et al. (2020)<sup>30</sup> evidencia que o atendimento aos usuários com doença de Chagas na atenção básica ocorria somente a partir da procura do próprio usuário, em decorrência de alguma demanda específica. Já um outro estudo evidenciou que 44% dos usuários entrevistados informaram que não realizavam acompanhamento para a doença de Chagas na estratégia saúde da família<sup>32</sup>.

Contudo, um tratamento efetivo incide em um acesso qualificado de atenção em saúde, com avaliações clínicas regulares. Cabe ressaltar que usuários com a forma crônica indeterminada da doença necessitam de acompanhamento anual<sup>4</sup>. Desse modo, evidencia-se a necessidade de seguimento do atendimento médico, solicitação e realização de exames periódicos e acompanhamento dos tratamentos instituídos. Todavia, o fato de a doença de Chagas atingir, especialmente, a população das zonas rurais, que tem dificuldades para acessar serviços de saúde, torna-se uma barreira para o controle da doença<sup>34</sup>. Nesse sentido, a coorte Sami-Trop notou que 31% dos usuários entrevistados morava a mais de 100 km de distância da unidade de saúde<sup>32</sup>. No presente estudo, uma das usuárias residia na zona rural, enquanto a outra residiu durante parte da sua vida nesse espaço.

## Rede de Atenção à Saúde em Doença de Chagas

Aproximadamente 85% dos casos crônicos da doença de Chagas, incluídas a forma crônica indeterminada e as formas iniciais, podem ser seguidos pela atenção primária à saúde<sup>4</sup>, bem como aqueles casos agudos que não apresentem sinais e sintomas de gravidade<sup>20</sup>. Quando houver necessidade, deve-se referenciar para a atenção especializada<sup>30</sup>.

Na dimensão Rede de Atenção à Saúde em Doença de Chagas, o município 1 alcançou a pontuação de 60,3%, enquanto o município 2 obteve 74%.

Nota-se que a Atenção Primária à Saúde (APS), mesmo com todas as potencialidades, tem dificuldades em cumprir seu papel de porta de entrada para os casos de doença de Chagas nos municípios analisados, especialmente no município 1. A fala de uma gestora (quadro 4) explicita que a APS não constitui o serviço de primeiro contato para doença de Chagas, e que os casos são diagnosticados em um estágio avançado, especialmente, via hospital.

Outros desafios foram identificados no contexto da APS, como a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família e a dificuldade de acesso a atendimento médico.

Nesse cenário, Mendonça, Rocha, Andrade e Silva (2020)<sup>29</sup> relatam em sua pesquisa que os usuários com doença de Chagas enfrentavam dificuldades para acessar consultas médicas e para realizar exames. Por sua vez, nota-se que a atenção médica necessária a esses casos ainda constitui desafio para atenção básica, mesmo em contexto de elevados índices de cobertura da APS<sup>30</sup>.

Por outro lado, não há uma rede específica de atenção à doença de Chagas nos municípios estudados:

*Na verdade, não tem uma rede estruturada, né? Não assim, montada uma rede para a doença de Chagas [...] Então, assim é... agora que foi o primeiro caso, a gente... entre aspas, montou uma rede, né? Entrou em contato... a Secretária de Saúde dá total apoio pra realização de exames e tudo, entramos em contato com a DIVEP, com o núcleo [...] G2M1*

Evidencia-se que o acesso às especialidades segue itinerários estabelecidos para outros usuários, que não apenas acometidos por doença de Chagas. Não há uma rede que garanta atenção às especificidades da patologia, não há um serviço de referência para DC, e, em caso de agravamento, indica-se encaminhamento para o hospital geral (estadual), que fica no município polo da região de saúde. No entanto, a literatura aponta que a implantação e a

manutenção de serviços de referência para a doença de Chagas são fundamentais para a constituição de suporte técnico e atenção qualificada aos usuários<sup>25</sup>.

O acesso à atenção especializada deve ser garantido àqueles usuários acometidos pela DC com algum tipo de gravidade e/ou complicações da doença. Nessa perspectiva, os recursos de maior complexidade nos municípios analisados estavam disponíveis tanto no município polo (município 2) quanto na capital do estado, no entanto, houve relatos de demora para agendamentos de especialistas e exames especializados.

*Demora. Para marcar exame é demorado. Estes agora está atrás por causa que descobriu a doença, mas em relação a exame enrola a gente muito. U1M1*

Tal achado corrobora estudo em que os médicos apontaram a dificuldade de acesso dos usuários à atenção especializada, especialmente o cardiologista<sup>30</sup>. Em outra pesquisa, evidencia-se que grande parte dos usuários não conseguia acesso aos exames, impedindo a classificação do agravo e atenção à saúde adequada. Esses fatores favorecem um processo de fragmentação da atenção à saúde e o agravamento das desigualdades/exclusões sociais às pessoas acometidas<sup>29</sup>.

Vale mencionar que o cuidado individual em saúde no âmbito da atenção primária ou da especializada deve ser articulado em uma rede de atenção integrada<sup>35</sup>, para facilitar o acesso aos serviços de qualidade em tempo oportuno. Contudo, a participação do apoio institucional dos NRS foi considerada primordial para orientar, divulgar e acompanhar os casos da doença.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este artigo, ao avaliar o grau de implantação do PNCDCh em dois municípios do estado da Bahia, identificou fragilidades e dificuldades na implantação, assim como fatores contextuais locais e regionais que se complexificam e interferem nas diversas estratégias para a garantia do controle e a produção de um cuidado qualificado.

Entre os aspectos cruciais para a condução do programa, ressaltam-se: a instituição da vigilância dos casos crônicos para reconhecimento real do cenário epidemiológico; a manutenção regular de ações de vigilância em saúde integradas às ações de cuidado e de organização dos serviços; a existência de ações intersetoriais que reduzam as desigualdades sociais e iniquidades em saúde, além do desenvolvimento de propostas, como o rastreamento da infecção pelo *T. cruzi* e de seguimento regular dos casos identificados<sup>20</sup>; disponibilidade de

profissionais capacitados para a atenção à doença de Chagas. E, por fim, é fundamental que os serviços absorvam, também, as demandas emocionais e sociais desses usuários, com inclusão de outros profissionais (psicólogo e assistente social) nesse processo de cuidado à saúde, dada a interferência psicossocial relacionada ao adoecimento por DC, especialmente a associação da doença com morte iminente e limitações ocupacionais<sup>4,5,30</sup>.

Ademais, a criação de um serviço de referência regional/estadual em doença de Chagas poderia constituir um instrumento potente para a qualificação da atenção aos usuários acometidos pela doença, inclusive com efetiva participação na educação permanente de outros profissionais de saúde.

Outro aspecto crucial é a organização da atenção à saúde em municípios rurais com maior endemicidade da doença. Destaca-se a importância de o município possuir infraestrutura das unidades de saúde adequada e materiais para ampliar o escopo de prática dos profissionais participantes e ampliar o acesso dos usuários, haja vista que a distância entre as unidades e o local de residência e a indisponibilidade de materiais para realização do cuidado são fatores que apresentaram maior correlação com a não procura dos serviços. Ademais, a forma como a organização dos fluxos se dá nos dois contextos, menos orientada por decisões de comando e controle e mais por compromissos institucionais, revela a necessidade formalização das práticas.

A ausência de registros sobre acometidos pela doença de Chagas crônica nos municípios e o não reconhecimento dos casos no território dificultaram a compreensão mais ampliada do cuidado direcionado a esse público. Desse modo, uma limitação deste estudo se deve à sub-representação dos usuários acometidos por doença de Chagas.

Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento de estudos que analisem o itinerário terapêutico dos usuários e as propostas para delineamento da linha de cuidado e uma rede formal para atenção a saúde dos acometidos pela DC, para ampliar o acesso e os cuidados individuais e coletivos pelos serviços de saúde, com otimização de diagnóstico, tratamento e desfechos da doença.

Por fim, as atividades de monitoramento propostas por este estudo são imprescindíveis para a identificação contínua de inconsistências operacionais, mas, também, para permitir ajustes no percurso do planejamento, tornando-o mais adequado e oportuno às necessidades locais e permitindo auxiliar os gestores em saúde com informações voltadas para a vigilância contínua e sistemática, que garanta o acesso universal como direito.



## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. OMS lança novo roteiro 2021-2030 para as doenças tropicais negligenciadas [Internet]. c2021 [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: OMS lança novo roteiro 2021-2030 para as Doenças Tropicais Negligenciadas – SBMT.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas: 14 de abril – Dia Mundial. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, v. 51, n. esp., p. 1-43, abr. 2020.
3. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. Cad. de Saúde Pública [internet]. 2007 [acesso em 2019 mar 31]; 23 (Supl. 1): 13-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ftv38v6jcYkbjKvPLJdHXKM/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2019.
4. Dias JCP. Evolution of Chagas Disease Screening Programs and Control Programs Historical perspective. Global Heart. 2015; 10 (3):193-202.
5. Ramos Jr NA, Sousa AS. The continuous challenge of Chagas disease treatment: bridging evidence-based guidelines, access to healthcare, and human rights. Rev Soc Bras Med Trop [internet]. 2017 [acesso em 2021 set 10]; 50(6):745-747. Disponível em: doi: 10.1590/0037-8682-0495-2017
6. Silva ADG, Pontes RJS, Alencar CHM, Ramos Jr AN, Lima JWO. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas no estado do Ceará: período de gestão federal, 1975 a 2002. Cad. Saúde Colet. 2009; 17 (4): 873 – 892.
7. Villela MM, Souza JMB, Melo VP, Dias JCP. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas em relação à presença de *Panstrongylus megistus* na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2020 mar 21]; 25(4):907-917. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009000400022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000400022&lng=en)
8. Santos A, Letro RB, Bem VAL, Azeredo BVM, Coelho GLLM, Diotaiuti L, et al. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas no Município de Açucena, Vale do Rio Doce, Estado Minas Gerais, Brasil. Revista da Soc. Bras. Med. Trop. 2014 [acesso em 2021 set 10]; 47(2):186-192. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-868>
9. Champagne F, et al. Modelizar as Intervenções. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizators. **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 61-74.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Panorama Cidades e Estados. [acesso em 2021 dez 12]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/>
11. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [homepage na internet] Perfil Município. [acesso em 10 mar 2019]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/>
12. Brasil, Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica [homepage na internet] Cobertura da Atenção Básica. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
13. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico da doença de Chagas. Salvador: 2018, 1. [acesso em 04 jan 2019] Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2018-Boletim-epidemiologico-Doencas-de-Chagas-n.-01.pdf>
14. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011: 229 p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: zoonoses [Internet]. Brasília: Cadernos de Atenção Básica; 2009, 124 p. [acesso em 2020 mar 21]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_saude\\_zoonoses\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_zoonoses_p1.pdf)

16. Organização Pan Americana da Saúde. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos [Internet]. Rio de Janeiro: PANAFTOSA-VP/OPAS/OMS, 2009, 92 p. [acesso em 2020 mar 21]. Disponível em: [guia\\_vigilancia\\_prevencao\\_doenca\\_chagas.pdf \(saude.gov.br\)](#)
17. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica. Brasília: Rev. Patol. Trop.; 2013. 4 p.
18. Instituto Oswaldo Cruz. Atlas Iconográfico dos Triatomíneos do Brasil (Vetores da Doença de Chagas). Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2014, 58 p. [acesso em 2020 mar 21]. Disponível em: [http://www.fiocruz.br/ioc/media/Atlas\\_triatominio\\_jurberg.pdf](http://www.fiocruz.br/ioc/media/Atlas_triatominio_jurberg.pdf)
19. Dias JCP, Ramos Júnior AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2020 mar 21]; 25(esp): 7-86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222016000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000500007&lng=en).
20. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Chagas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018, 145 p.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019a, 741 p.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico para a Doença de Chagas Aguda e distribuição espacial dos triatomíneos de importância epidemiológica no Brasil de 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2019, 11p.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional [Internet]. 2020 mai. 18 [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.061-de-18-de-maio-de-2020-259143078>
24. Villela MM, Souza JB, Mello VP, Azeredo BVM, Dias JCP. Vigilância entomológica da doença de Chagas na região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil, entre os anos de 2000 e 2003. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(3):878-886.
25. Dias JCP. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(Sup. 2):43-59.
26. Villela MM, Souza JMB, Melo VP et al. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas em programa descentralizado: avaliação de conhecimentos e práticas de agentes municipais em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007 out; 23 (10): 2428-2438.
27. Silveira AC, Dias JCP. O controle da transmissão vetorial. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2011; 44(Supl 2): 52-63.
28. Santos CV, Bedin C, Wilhelms TS, Villela MM. Assessment of the Housing Improvement Program for Chagas Disease Control in the Northwestern municipalities of Rio Grande do Sul, Brazil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [internet]. 2016 [acesso em 2021 set 10]; 49(5):572-578. Disponível em: doi:10.1590/0037-8682-0386-2016
29. Mendonça RM, Rocha AM, Andrade MS, Silva ABS. Doença de Chagas: serviço de referência e epidemiologia. Rev. Bras. Promoç. Saúde [internet]. 2020 [acesso em 2021 set 25]; 33:9364. Disponível em: DOI: 10.5020/18061230.2020.9364.
30. Damasceno RF, Sabino EC, Ferreira AM, Ribeiro ALP, Moreira HF, Prates TEC, et al. Challenges in the care of patients with Chagas disease in the Brazilian public health system: A qualitative study with primary health care doctors. PLoS Negl Trop Dis [internet]. 2020 [acesso em 2021 set 25]; 14(11). Disponível em: e0008782. <https://doi>.

org/10.1371/journal.pntd.0008782

31. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Boletim Epidemiológico da Doença de Chagas no Estado da Bahia. 2021; 1: 7 p.
32. Souza AB, Lacerda AM, Silva AKP, Ferreira AM, et al. Estudo longitudinal de indivíduos com doença de chagas de região endêmica brasileira: a coorte Sami-Trop. Unimontes Científica. 2021 [acesso em 2021 dez 20]; 23 (2): 1-22. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/4426/4437>
33. Malafaia G, Rodrigues ASL. Centenário do descobrimento da doença de Chagas: desafios e perspectivas. Editorial: Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2010; 43 (5): 483-485.
34. Magalhães DL, Souza CL, Prates JL, Souza, AO, et al. Qualidade de vida e saúde das pessoas acometidas por doença de Chagas. Research, Society and Development. 2020 [acesso em 2021 dez 20]; 9 (11): 1-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10007>
35. Ramos JR. et al. O Papel da Pesquisa Operacional e os Desafios para Integração da Assistência e do Controle da Doença de Chagas no Sistema Único de Saúde. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2010; 43 (supl II): 12-17.

## **Farmacovigilância: relato de experiência do compartilhamento de seu conteúdo na graduação em saúde coletiva**

*Pharmacovigilance: experience report of sharing its content in graduation in collective health*

*Farmacovigilancia: relato de experiencia de compartir su contenido en graduación en salud colectiva*

Andressa Vulcão da Silva  
Alder Mourão

**RESUMO:** O objetivo deste texto é relatar a experiência de sala de aula de uma estudante do curso de graduação em saúde coletiva em um seminário sobre farmacovigilância. Trata-se de um relato de experiência vivenciada por uma graduanda do 5º semestre do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva de uma Universidade Pública da região Norte do país, na disciplina de Vigilância em Saúde III em 2022. A aula contou com três momentos distintos: 1) compartilhamento do conteúdo; 2) roda de conversa com a turma; 3) *feedback* docente e encerramento. Na apresentação do conteúdo do seminário utilizou-se o seguinte roteiro: Introdução à legislação sanitária; avaliação da Anvisa sobre produtos para comercialização no Brasil; rigor científico em relação aos produtos sob vigilância sanitária; farmacovigilância no pré-registro e pós-registro da Anvisa; conceitos importantes na farmacovigilância; e notificação de eventos adversos relacionado ao uso de medicamentos. Os discentes expressaram-se na roda de conversa sobre temas referentes a vacinação, papel do sanitarista na farmacovigilância, *fake news* e uso *off-label* de medicamentos na pandemia, educação em saúde e acessibilidade às bulas. As atividades desenvolvidas pela farmacovigilância ultrapassam a assistência em saúde aproximando-se das práticas de saúde coletiva. A experiência permitiu ampliar a visão sobre os desdobramentos da pandemia na comunidade local e nacional. Espera-se que metodologias como essa e outras metodologias participativas possam ser replicadas durante a formação de bacharéis em saúde coletiva e que assuntos como esse possam ser incluídos de forma direta na grade curricular.

**Palavras-chave:** Farmacovigilância; Saúde Coletiva; Ensino.

**ABSTRACT:** This text aims to report the classroom experience of a collective health undergraduate student in a seminar on pharmacovigilance. This is an account of an experience lived by a 5th semester undergraduate student of the Bachelor's Degree in Collective Health at an university in the northern region of Brazil, in the discipline of Health Surveillance III in 2022. The class had three distinct moments: 1) content sharing; 2) conversation circle with the class; 3) teacher feedback and closure. In the presentation of the seminar content, the following script was used: Introduction to health legislation; Anvisa's assessment of products for sale in Brazil; scientific rigor in relation to products under sanitary surveillance; pharmacovigilance in Anvisa's pre-registration and post-registration; important concepts in pharmacovigilance; and reporting adverse events related to drug use. The students expressed themselves in the conversation circle on topics related to vaccination, the role of the health worker in pharmacovigilance, fake news and off-label use of medicines in the pandemic,

health education and accessibility to leaflets. The activities developed by pharmacovigilance go beyond health care, approaching collective health practices. The experience allowed to broaden the view on the unfolding of the pandemic in the local and national community. It is hoped that methodologies like this and other participatory methodologies can be replicated during the training of bachelors in public health and that subjects like this can be directly included in the curriculum.

**Keywords:** Pharmacovigilance; Collective Health; Teaching.

**RESUMEN:** El objetivo es relatar la experiencia de aula de un estudiante de pregrado en salud colectiva en un seminario sobre farmacovigilancia. Este es un relato de una experiencia vivida por una estudiante de grado de la Licenciatura en Salud Colectiva de una Universidad en la región norte de Brasil, en la disciplina de Vigilancia en Salud III en 2022. La clase tuvo tres momentos: 1) compartir contenido; 2) círculo de conversación; 3) retroalimentación del maestro y cierre. En la presentación se utilizó el siguiente guión: Introducción a la legislación sanitaria; Evaluación de Anvisa de productos para la venta en Brasil; rigor científico en relación con los productos bajo vigilancia sanitaria; farmacovigilancia en el pre-registro y post-registro de la Anvisa; conceptos importantes en farmacovigilancia; y notificación de eventos adversos relacionados con el uso de drogas. Los estudiantes se expresaron en el círculo de conversación sobre temas relacionados con la vacunación, el papel del trabajador de la salud en la farmacovigilancia, fake news y uso off-label de medicamentos en la pandemia y educación sanitaria y accesibilidad a folletos. Las actividades desarrolladas por la farmacovigilancia van más allá del cuidado de la salud, acercándose a las prácticas de salud colectiva. La experiencia permitió ampliar la mirada sobre el desenvolvimiento de la pandemia en la comunidad local y nacional. Se espera que metodologías como esta y otras metodologías participativas puedan ser replicadas durante la formación en salud pública y que temas como este puedan ser incluidos en el plan de estudios.

**Palabras llave:** Farmacovigilancia; Salud Colectiva; Enseñando.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o conceito de Vigilância Sanitária (VISA) é apresentado pela primeira vez formalmente a partir da Lei 8.080/90 como uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, as atividades somente foram detalhadas com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) instituída pela Lei Nº 9.782/1999. A Anvisa é responsável desde então por emitir toda legislação específica do país, as chamadas RDC - Resolução de Diretoria Colegiada, em nível federal<sup>1,2,3</sup>.

Tanto a Lei Orgânica de Saúde quanto a Anvisa se ocupam de problemas sanitários que se originam do meio ambiente, da produção e circulação de bens e serviços, de modo a eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e intervir em tais situações. Um dos papéis importantes no contexto da VISA por meio da Anvisa é o de avaliar de maneira criteriosa a entrada de quaisquer produtos para comercialização no Brasil. Dentre estes, os medicamentos passam por esse critério de avaliação consistindo no trabalho de farmacovigilância<sup>4</sup>.

O Ministério da Saúde define farmacovigilância como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”<sup>5</sup>.

A formação de sanitaristas graduados surge no Brasil, para suprir a necessidade de mais profissionais a questionar a hegemonia do modelo biomédico. Sua prática volta-se ao trabalho de maneira integral, baseando-se em conhecimento científico, visando principalmente à qualidade de vida da população, por meio da prevenção e proteção da saúde<sup>6</sup>.

Tal necessidade permitiu que sanitaristas pudessem graduar-se de forma mais célere e ocupar espaços de saúde não assistencialista, articulando a gestão dos serviços. Por conta disso, a participação do sanitarista é essencial nos modos de organização do SUS e em espaços de tomada de decisão que impactem direta e também indiretamente na saúde de indivíduos e comunidades, como é o caso da farmacovigilância<sup>7</sup>.

A discussão sobre vigilância em saúde é fundamental nos cursos de graduação em saúde, uma vez que essa prática é essencial no dia a dia destes profissionais<sup>8</sup>. Assim, em substituição os métodos tradicionais, a utilização de metodologias ativas de ensino, permite que discentes desenvolvam habilidades e competências além do conhecimento técnico-científico. Nesse sentido, os seminários, bem como as rodas de conversa são metodologias participativas que impulsionam ativamente a aprendizagem crítica e reflexiva permitindo que os estudantes possam explorar seu protagonismo nesse contexto<sup>9</sup>.

Desse modo, o objetivo deste texto é relatar a experiência de sala de aula de uma estudante do curso de graduação em saúde coletiva em um seminário sobre farmacovigilância.

## **MÉTODO**

Trata-se de um relato de experiência vivenciada por uma graduanda do 5º semestre do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva de uma Universidade Pública da região Norte do país, na disciplina de Vigilância em Saúde III em 2022.

A referida disciplina é ofertada no 5º semestre, de caráter obrigatório e tem carga horária semestral de 80 horas. Trata-se de continuação das disciplinas Vigilância em Saúde I e II ministradas nos 3º e 4º semestres. Sua ementa inclui a legislação sanitária e a vigilância sanitária como assuntos base para auxiliar no aprofundamento de questões envolvendo saúde pública e coletiva e os campos de atuação do sanitarista<sup>6</sup>.

No curso prioriza-se o modelo de ensino-aprendizagem com metodologias ativas e por conta disso os planos de ensino são baseados na participação ativa dos discentes<sup>6</sup>. Na disciplina de vigilância III, foi feito um diagnóstico sobre os tipos de conteúdo que os discentes tinham familiaridade e quais precisavam de aprofundamento. Sendo assim, a disciplina foi direcionada para relembrar conceitos e legislações já abordados em momentos anteriores e posteriormente mergulhar em conteúdos ainda não vistos.

As temáticas das apresentações estão contidas nos principais documentos oficiais de vigilância em saúde e foram previamente escolhidos pelo docente da disciplina. Sendo assim os discentes se dividiram em duplas e trios e em seguida escolheram dentro do universo proposto as temáticas para suas apresentações. A primeira data de apresentação do seminário foi sobre o assunto de farmacovigilância, objeto deste relato.

A cargo das questões éticas, o conteúdo aqui apresentado não necessitou de tramitação e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos por tratar-se de um relato de experiência.

## **RESULTADOS**

A aula contou com três momentos distintos: 1) compartilhamento do conteúdo; 2) roda de conversa com a turma; 3) *feedback* docente e encerramento. Na apresentação do conteúdo do seminário utilizou-se o seguinte roteiro: Introdução à legislação sanitária; avaliação da Anvisa sobre produtos para comercialização no Brasil; rigor científico em relação aos produtos sob vigilância sanitária; farmacovigilância no pré-registro e pós-registro da Anvisa; conceitos importantes na farmacovigilância; e notificação de eventos adversos relacionado ao uso de medicamentos.

Como ponto de partida, para introduzir a temática, apresentou-se a Lei 8.080/90 sobre legislação da vigilância sanitária incorporada nas competências no SUS. Nesse sentido, a criação da Anvisa pela Lei 9.782/99 reafirmou o compromisso de proteger a saúde da população e prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, de bens e serviços prestados à população<sup>1,10,11</sup>.

Antes mesmo de ser apresentado o conceito de farmacovigilância, percebeu-se a necessidade de explicar os processos pelos quais um medicamento deve passar para que seja registrado no Brasil. Por conta disso, foi colocado aos discentes que, a indústria ou qualquer empresa que solicite a verificação da Anvisa deve elaborar um estudo clínico obedecendo

quatro fases, para poder receber a aprovação do medicamento. Como explica-se brevemente a seguir.

Na primeira fase do estudo clínico o número de voluntários é limitado, sendo observado como voluntários sadios respondem àquele determinado fármaco. Passando para a segunda fase é o momento de estabelecer a segurança do fármaco em pessoas não sadias, afetadas por uma enfermidade. Na terceira fase ocorre uma observação ampliada, verificando como diversos grupos de indivíduos respondem ao produto em teste. Nesta etapa são verificados os riscos e benefícios. Vale ressaltar que buscou-se enfatizar que as etapas avançam somente com o sucesso das etapas anteriores<sup>12</sup>.

Na quarta fase é o momento em que ocorre a farmacovigilância, dividida em duas partes: a primeira se refere ao pré-registro e a segunda ao pós-registro. No pré-registro, a instituição que solicita o registro do medicamento deve além de apresentar o estudo clínico também precisa encaminhar uma série de documentações, tais como o Plano de Farmacovigilância (PFV) e o Plano de Minimização de Riscos (PMR)<sup>12</sup>.

De acordo com a RDC Nº 4 de 2009 em seu artigo 2º, a farmacovigilância corresponde a todas as atividades de “detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou outros problemas relacionados a medicamentos” sendo que mesmo os casos suspeitos devem ser comunicados à Anvisa<sup>13</sup>. Nesse contexto, existem os guias de farmacovigilância, os quais são ferramentas para implementação e avaliação de gerenciamento de riscos atrelados ao uso de medicamento, sendo possível verificar o equilíbrio entre os riscos e benefícios do uso do produto apresentado<sup>14</sup>.

No PFV são incluídos dados do futuro produto: nome, princípio ativo, dados clínicos, população estudada e não estudada no pré-registro, público-alvo, indicações e contra-indicações, designer do produto, objetivo do medicamento, doses adequadas para eficácia, reações adversas, modelo de bula, além de identificar e descrever qual medida será tomada para os riscos detectados<sup>13</sup>.

Usa-se o PMR em três finalidades; gerenciar novos riscos no pós-registro, acompanhar os riscos já estudados ou aplicar o plano em circunstâncias prováveis de risco não estudadas no pré-registro. Importante ressaltar que toda apresentação foi baseada em resoluções aprovadas pela Anvisa e por manuais/guias do Ministério da Saúde<sup>13</sup>.

Assim, avaliado e aprovado pela Anvisa o medicamento recebe registro para comercialização. A partir desse momento começa a farmacovigilância no pós-registro. Quando verificado segurança, eficácia e qualidade no produto é o momento em que chega às



mãos do consumidor e criam-se expectativas para avaliar como a população geral reagirá ao medicamento fora dos estudos clínicos controlados.

A recente RDC Nº 406 de 2020 traz normas para boas práticas de farmacovigilância que devem ser seguidas pelos Detentores de Registro (basicamente os responsáveis pelo produto) de medicamentos de uso humano. A Resolução volta-se principalmente para a composição da equipe de profissionais que deve desenvolver a farmacovigilância após o registro da Anvisa e os cuidados com a notificação e atualização de documentos, que a qualquer momento podem ser solicitados<sup>4</sup>.

A partir do compartilhamento de tais conteúdos, notou-se os discentes atentos durante a apresentação, com interesse pela temática, o que conferiu maior estímulo para seguir a apresentação. Nessa perspectiva, afirma-se que o trabalho da Anvisa segue no pós-registro, pois as empresas ainda serão cobradas sobre eficácia, qualidade e segurança do produto já registrado e a notificação de eventos relacionados a ele.

Em seguida comentou-se sobre as notificações de eventos adversos em relação ao uso de medicamentos. Estas são destinadas à suspeita de reações adversas, desvio de qualidade, desvio de uso preconizado no registro, intoxicação, erros de medicação, entre outros. E podem ser feitas pelo usuário afetado ou por um membro familiar próximo a ele ou pelo profissional de saúde.

Discorreu-se sobre a possibilidade de proceder de diferentes formas a notificação, sendo as primordiais feitas por meio dos sistemas: VigMed, Notivisa e e-sus VE (Vigilância Epidemiológica). Ferramentas que pertencem aos Sistemas de Informação (SIS) criados para direcionar as tomadas de decisão estratégica em saúde, baseada nos registros de notificação<sup>15</sup>. Além destas, existiam outras formas de notificação, como as de redes sentinelas, porém não abordadas neste relato.

O VigMed é um sistema feito para notificação de eventos adversos em relação a medicamentos e vacinas, não precisando de cadastro para notificação e possibilitando que qualquer pessoa realize. Em contrapartida, o Sistema Notivisa precisa de cadastro, sendo específico para profissionais de saúde e estabelecimentos. O e-Sus VE é específico para eventos adversos pós-vacinação, como das vacinas contra a covid-19, necessitando também de cadastro e feita por profissionais de saúde e estabelecimentos<sup>15</sup>.

No segundo momento da aula, após a explanação do conteúdo, foi aberta uma roda de conversa para ouvir contribuições, esclarecer dúvidas e contar experiências. Momento em que

houve participação ativa dos discentes, compartilhando suas principais dificuldades, dúvidas e interesses.

Organizou-se esse conteúdo no formato de quadro: no Quadro 1 encontram-se as principais dúvidas sobre o conteúdo apresentado e no Quadro 2 os principais pontos de interesse e descobertas sobre o conteúdo apresentado sobre farmacovigilância.

**Quadro 1.** Dúvidas dos demais estudantes de Saúde Coletiva sobre Farmacovigilância

<b>Dúvidas sobre o conteúdo</b>	
Conceitos gerais	Conceitos de evento adverso, efeito adverso, efeito colateral.
Preocupação com <i>Fake News</i>	Como evitar informações falsas na notificação.
Etapas do estudo clínico	Como se chama as atividades anteriores ao pós-registro.

Fonte: Elaboração da autora.

**Quadro 2.** Dúvidas e questionamentos demonstrados pelos estudantes de Saúde Coletiva sobre farmacovigilância

<b>Interesses e descobertas sobre o conteúdo</b>	
Conceito de farmacovigilância	Não conhecimento sobre o conceito de farmacovigilância.
Anvisa	Desconhecimento sobre o papel da Anvisa no contexto da farmacovigilância.
Pré-registro	Descoberta sobre o procedimento de registro de medicamento e os trâmites preconizados pela legislação.
Pós-registro	Interesse e surpresa sobre o papel da Anvisa na farmacovigilância pós-comercialização do medicamento e compromisso com a continuação de estudos de aperfeiçoamento do produto.
Banco de dados a inteligente	Combate a informações falsas no momento de compilação nos bancos de dados brasileiros e comparação com as notificações mundiais expostas nos bancos de dados da Organização das Nações Unidas (ONU).
Notificação	Desconhecimento de que mesmo casos suspeitos de eventos adversos devem ser notificados. Descoberta de que qualquer pessoa pode notificar até mesmo familiar ou pessoa próxima do indivíduo afetado.
Tecnovigilância	Desconhecimento de que uma tecnologia com defeito ou problema que interfira na assistência à saúde ou comprometa a vacinação deve ser notificada também.
Vacinação	Todos os produtos de vacinação possuem registro da Anvisa e passam pelo processo de documentação explicado.
Objetivo do medicamento e o papel do registro	Descoberta da nomenclatura <i>off-label</i> (usar um medicamento ou prescrever medicamento para uso o qual não foi estudado/registrado).

Fonte: Elaboração da autora.

Após um longo período de conversa com a turma, com contribuição e participação de todos os presentes, iniciou-se o terceiro momento da aula. O docente da disciplina fez um *feedback* à dupla apresentadora, ressaltando a forma clara e objetiva com que abordou a temática, além da maneira equilibrada e participativa com que conduziu o diálogo com a turma. O que encaminhou para o encerramento da aula.

O professor facilitador foi muito importante no direcionamento no momento da roda de conversa, a forma com que apresentava as temáticas e escutava os discentes foi um incentivo para a participação. Em geral suas falas propunham reflexão e instigavam os discentes a visualizar a farmacovigilância no cotidiano vivenciado, tanto nos serviços de saúde quanto em suas casas. Afinal, os eventos adversos podem ocorrer em quaisquer locais onde exista alguém utilizando um medicamento.

## **DISCUSSÃO**

A partir da atividade buscou-se ampliar o olhar dos discentes sobre a atuação do sanitarista no contexto da farmacovigilância. Os pontos principais de discussão foram: 1) Reflexão para enfrentar os desafios e potenciais do setor; 2) Estratégias que podem potencializar as atividades nesse serviço; 3) Relacionar eventos da pandemia com o assunto abordado e; 4) Papel do sanitarista na articulação desses processos.

As atividades desenvolvidas pela farmacovigilância ultrapassam a assistência em saúde aproximando-se das práticas de saúde coletiva. É determinante que essas atividades, bem como a notificação de eventos adversos sejam concisas e minuciosas, uma vez que a partir disso são elaboradas as políticas públicas, sejam elas pontuais ou amplas. Apesar disso, Mota, Vigo e Kuchenbecker<sup>16</sup> afirmam haver dificuldades no compilado de informações confiáveis para os gestores, isso ocorre porque o sistema como por exemplo notivisa-medicamento possui uma ficha de preenchimento longa, o que pode desmotivar a notificação por parte do profissional de saúde.

Ainda sob a perspectiva dos autores, a avaliação dos sistemas de vigilância em saúde ainda não são objetos de estudo, o que prejudica a forma como os trabalhadores da saúde encaram a notificação. O sanitarista que agrega, durante a graduação, os conhecimentos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia pode desenvolver procedimentos padrões para a

notificação, incentivando e capacitando a realizar a notificação no serviço de forma detalhada considerando o seu preparo para observar criticamente a importância das variáveis para a saúde coletiva<sup>16</sup>.

Durante a roda de conversa, outra temática foi bastante mencionada: as *fake news*. As informações falsas já faziam parte do cotidiano da população, porém foram evidenciadas a partir do momento em que os meios de comunicação evoluíram e ganharam dinamismo. Isso implicou na velocidade em que as informações (falsas ou não) são passadas entre as pessoas<sup>17</sup>.

As notificações de eventos adversos sobre vacinação no âmbito da farmacovigilância estão incluídas no e-susVE; sendo obrigatório seu monitoramento, tanto antes quanto depois de fabricadas. As informações falsas relacionadas à vacinação no período de pandemia causaram dissuasão e perda de confiança sobre a eficácia das vacinas desenvolvidas por laboratórios e instituições de renome.

Os discentes debateram bastante os lados positivos e negativos da participação da população nesse processo. Dentre os pontos positivos estava o interesse dos indivíduos em compreender a origem e fabricação das vacinas até sua administração. Já os pontos negativos, estavam, na desinformação de uma parcela da população que acessa somente um aplicativo de mensagens com rápida entrega e recebem involuntariamente ou não as *fake news*. É importante observar que a desinformação e a disseminação de informações de fontes não confiáveis têm aumentado a hesitação vacinal. Assim, as mídias digitais se tornaram um espaço fértil para a criação e distribuição de mensagens falsas ou deliberadamente enganosas, prejudicando os esforços de promoção da saúde pública e a prevenção de doenças<sup>18</sup>.

A atuação do bacharel em Saúde Coletiva considera três núcleos de estudo: “Gestão em Saúde; Atenção à Saúde; e Educação e Comunicação em Saúde”.<sup>19:1.263</sup> Este último permite ao sanitarista graduado extrapolar apenas o repasse de informações, identificando o modo que deve ser repassadas dependendo do público-alvo. Dessa maneira, é possível que o sanitarista adeque o tema sobre a vacinação de modo que contemple faixa-etária, etnia, gênero, nível de escolaridade, adotando estratégias que não distanciem a comunidade do tema, mas sim que os desarmem e os acolham para que a comunicação seja efetiva e transformadora.

Consequentemente o uso de medicamentos sem o previsto no registro também foi alvo dos discentes na roda de conversa, já que no seminário foi apresentado que essa prática não é apoiada pela legislação sanitária brasileira. O exemplo mais emblemático foi o uso *off label* do chamado “Kit-covid” contemplado por hidroxiquina, cloroquina, azitromicina, ivermectina e nitazoxanida para o tratamento da doença causada pelo novo coronavírus, sem

eficácia comprovada pela Anvisa. Nesse contexto, houve diversos fatores e atores envolvidos que promoveram essa prática, incluindo a mídia e autoridades, resultando em um influxo de informações, medo e incertezas; além de problemas relacionados, como a automedicação, resistência bacteriana e reações adversas<sup>20</sup>.

Esse incentivo negativo foi reforçado pelo Governo Federal durante a pandemia, em muitos casos, profissionais da saúde que realizaram prescrição de medicamentos como, por exemplo, a cloroquina (medicamento para malária) justificavam tal ato por autonomia médica<sup>21</sup>. Portanto, é crucial que as autoridades sanitárias, sob a liderança do Ministério da Saúde, reforcem e implementem medidas comprovadamente eficazes para o controle da doença<sup>20</sup>.

O debate seguiu então para os benefícios da notificação como instrumento de participação social no SUS, previsto pela Constituição Federal e pela Lei 8.142/1990<sup>22</sup>. A participação social é o diferencial do sistema de saúde público brasileiro, afinal, o SUS não existiria sem o movimento político-profissional-social da reforma sanitária<sup>23</sup>. A participação nas notificações permite que o cidadão seja coparticipante na construção de medidas norteadoras em relação aos eventos adversos, evidenciando sua importância. A abertura de espaços de preenchimento não limitados para técnicos demonstra que os sistemas de notificação são para qualquer pessoa (VigMed) e atenta a fala do usuário notificador.

A farmacovigilância do Brasil possui bons indicadores equiparados a outros como a de Portugal. Pepe e Novaes<sup>24</sup> expõem que existem instrumentos para disseminação de informação: como alertas, boletins epidemiológicos e manuais. Em contrapartida, tais instrumentos não podem ser considerados como única e exclusiva forma de alcançar a população, visto que o Brasil possui extensão territorial continental, o que faz com que a linguagem técnica presente nesses instrumentos seja passível de não compreensão por parte da população, causando dificuldade na participação social na farmacovigilância.

Um exemplo da dificuldade na interpretação de linguagem técnica são as bulas dos medicamentos. Um estudo realizado em Minas Gerais revelou que de 232 usuários de medicamentos, 113 possuíam dificuldade de compreensão por conta da linguagem técnica presente na bula, o que corrobora para pontos debatidos na roda de conversa<sup>25</sup>.

O professor facilitador da roda lançou questionamentos para que os discentes pudessem refletir sobre as dificuldades de alcançar distintos grupos populacionais com bulas altamente técnicas, sendo necessário pensar em estratégias locais que possam substituir a linguagem da bula para outra utilizada no cotidiano daquela região.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O seminário de farmacovigilância foi um divisor de águas para os discentes e mostrou como o sanitarista possui espaço para atuar na vigilância sanitária. Estudar farmacovigilância permitiu, também, ampliar a visão sobre os desdobramentos da pandemia na comunidade local e nacional. Todos os discentes contribuíram de maneira democrática e responsável, trazendo pontos relevantes para a discussão.

A partir de uma formação libertadora na graduação em saúde coletiva, espera-se que os discentes saiam da universidade com habilidades científicas e sociais para embasar sua atuação. Com o conteúdo de farmacovigilância foi possível descobrir um novo mundo de possibilidades para os discentes. Espera-se que metodologias como essa e outras metodologias participativas possam ser replicadas durante a formação de bacharéis em saúde coletiva e que assuntos como esse possam ser incluídos de forma direta na grade curricular.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1999.
2. Costa EA, Rozenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p.15-40. ISBN 978-85-7541-325-8.
3. De Seta MH, Oliveira CVS, Pepe VLE. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cien Saude Colet. 2022;22(10):3225-34. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/protecao-da-saude-no-sistema-de-saude-brasileiro-e-seus-sistemas-nacionais-vigilancia-em-saude-e-vigilancia-sanitaria/16320?id=16320>
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução de diretoria Colegiada nº 406, de 22 de julho de 2020. Dispõe sobre as Boas Práticas de Farmacovigilância para Detentores de Registro de Medicamento de uso humano, e dá outras providências. Diário Oficial da União 29 jul 2020. Seção 1.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Farmacovigilância. [online]. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/farmacovigilancia>
6. Universidade do Estado do Pará (UEPA). Projeto pedagógico: curso de graduação em saúde coletiva. Comissão: Palácios, VRCM. Belém: 2019. Disponível em:

<https://www.uepa.br/pt-br/pagina/centro-de-ci%C3%A2ncias-biol%C3%B3gicas-e-da-sa%C3%BAde>

7. Murillo RSG, Conde OLM, Leandro GCW, Freitas HBF, Souza EF de. Atuação do sanitário em município brasileiro de tríplice-fronteira: covid-19 como emergência de saúde coletiva. *Saúde Públ. Dez 2020;3(Supl 1):250-65*. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/420/171>

8. Lima BM et al. Júri simulado como estratégia ativa de ensino de vigilância em saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 2020;24(2).

9. Pereira JC, Montes LRS, Souto CC, Carvalho AHM, Teixeira LS, Renovato, S, Cibele MS. Metodologias Ativas e Aprendizagem Significativa: Processo Educativo no Ensino em Saúde. *Ens, Educ Cien Hum*. 2021;22(1):11-9. Disponível em: <https://revistaensinoeducacao.pgskroton.com.br/article/view/7758>

10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da união*, 1990.

11. Passos R. Legislação do SUS, saúde pública e epidemiologia para concursos e residências. João Pessoa: Editora Brasileiro & Passos; 2018.

12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Registro de novos medicamentos: saiba o que é preciso. [online]. 2018. Disponível em: <https://encurtador.com.br/cEIT9>

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução nº 4, de 10 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre as normas de farmacovigilância para os detentores de registro de medicamentos de uso humano. *Diário Oficial da União*, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0004\\_10\\_02\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0004_10_02_2009.html)

14. Agência nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Guias de Farmacovigilância para Detentores de Registro de Medicamentos. In: Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.156. Disponível em: <https://www.invitare.com.br/arq/legislacao/anvisa/Guias-de-Farmacovigil-ncia-para-Detentore-s-de-Registro-de-Medicamentos-2010-ANVISA.pdf>

15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Notificações em vigilância sanitária. [online]. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes>

16. Mota DM, Vigo A, Kuchenbecker RS. Avaliação do desempenho do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária: uma ferramenta do sistema de farmacovigilância no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1955-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kbscmWtVP8KBwRcC6zWQSRk/?format=pdf&lang=pt>

17. Azevedo VR, Oliveira AC. O impacto das fake news na segurança da informação e sua influência no cotidiano das pessoas. In: Associação Educacional Dom Bosco. Simpósio De Excelência em Gestão e tecnologia XVI; 2019, 30 out a 1 nov: [online]. Resende-RJ. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/artigos2019.php?pag=298>

18. Borges, LCR et al. Adesão à vacinação contra a Covid-19 durante a pandemia: influência de fake news. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2024;77: e20230284.
19. Viana JL, Souza ECF de. Os novos sanitários no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. *Trab Educ Saúde*. Rio de Janeiro; 2018;16(3):1261-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00146>
20. Melo JRR et al. Automedicação e uso prolongado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*; 2021; 4:e00053221.
21. Vernier JS, Facchini Neto E. A prescrição medicamentosa off-label para o tratamento da covid-19 e a responsabilidade médica. PUCRS: Porto Alegre, 2021. Disponível em: [https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2021/08/julia\\_vernier.pdf](https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2021/08/julia_vernier.pdf)
22. Brasil. Lei 8.142/1990, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990.
23. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008; p.356.
24. Pepe VLE, Novaes HMD. Sistema Nacional de Farmacovigilância no Brasil e em Portugal: semelhanças, diferenças e desafios. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(7):e00043019. Disponível Em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tKrThkFd8QvGbfVgfJFYCJK/?lang=pt&format=pdf>
25. Cantareli BBP, Andrade BRD, Soares WD, Cruz AFP da. Bulas de medicamentos: compreensão pelo usuário. *REAS*. 2021;13(5):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e7314.2021>



## **Associação entre determinantes de saúde, transtornos mentais comuns e apoio social no público masculino**

*Association between health determinants, common mental disorders and social support in the male public*

*Asociación entre determinantes de salud, trastornos mentales comunes y apoyo social en el público masculino*

Jorge Luiz Lima da Silva  
Felipe dos santos costa  
Liliane reis teixeira  
Gabriella filippini silva ramos

### **Resumo**

**Objetivo:** analisar aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, saúde, transtornos mentais comuns (TMC), acesso aos serviços de saúde e sua relação com apoio social entre homens.

**Método:** estudo epidemiológico observacional, descritivo seccional realizado com 370 residentes em município do interior do Estado de São Paulo que utilizou questionário autoaplicado contendo a escala *Medical Outcomes Study* para mensurar a percepção de apoio social e *Self-Reporting Questionnaire* para transtornos mentais comuns. **Resultados:** foi encontrada associação estatística entre apoio social e as variáveis: idade; renda; filhos; cor da pele; escolaridade; situação conjugal; etilismo; uso do preservativo; aferição da glicemia capilar; qualidade do sono; presença de amigos, histórico clínico de hipertensão, diabetes; acesso às unidades de saúde e os TMC, com destaque maiores chances de baixo apoio social entre os que moram sozinhos, não previnem IST e entre os suspeitos de TMC. Percebeu-se também que ser branco foi fator de proteção para o baixo apoio. **Conclusão:** observa-se que o apoio social se mostra relevante para a saúde do homem, sobretudo em aspectos sociais, da saúde física e mental e de acesso a serviços de saúde do grupo estudado.

**Descritores:** Apoio Social; Determinantes Sociais de Saúde; Transtorno Mental Comum; Saúde do Homem.

### **Abstract**

**Objective:** to analyze sociodemographic aspects, life habits, health, common mental disorders (CMD), access to health services and their relationship with social support among men.

**Method:** an observational, descriptive, sectional study carried out with 370 residents in a city in the interior of the state of São Paulo that used a self-administered questionnaire containing the *Medical Outcomes Study scale* to measure the perception of social support and the *Self-Reporting Questionnaire* for common mental disorders. Results: a statistical association was found between social support and the variables: age; income; sons; skin color; schooling;

marital situation; alcoholism; condom use; measurement of capillary blood glucose; sleep quality; presence of friends, clinical history of hypertension, diabetes; access to health units and CMDs, with a greater chance of low social support among those who live alone, do not prevent STIs and among CMD suspects. It was also noticed that being white was a protective factor for low support. **Conclusion:** it is observed that social support is relevant to men's health, especially in social aspects, physical and mental health and access to health services of the studied group.

**Descriptors:** Social Support; Social Determinants of Health; Common Mental Disorder; Men's Health.

## Resumen

**Objetivo:** analizar aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, salud, trastornos mentales comunes (TMC), acceso a los servicios de salud y su relación con el apoyo social entre los hombres. **Método:** estudio observacional, descriptivo, seccional, realizado con 370 habitantes de una ciudad del interior del estado de São Paulo, que utilizó un cuestionario autoadministrado que contenía la escala Medical Outcomes Study para medir la percepción de apoyo social y el Self- Cuestionario de notificación de trastornos mentales comunes. **Resultados:** se encontró asociación estadística entre el apoyo social y las variables: edad; ingreso; hijos; color de la piel; enseñanza; situación marital; alcoholismo; uso de condones; medición de glucosa en sangre capilar; la calidad del sueño; presencia de amigos, historia clínica de hipertensión, diabetes; el acceso a unidades de salud y CMD, con mayor probabilidad de bajo apoyo social entre quienes viven solos, no previenen ITS y entre los sospechosos de CMD. También se notó que ser blanco era un factor protector para un soporte bajo. **Conclusión:** se observa que el apoyo social es relevante para la salud de los hombres, especialmente en los aspectos sociales, la salud física y mental y el acceso a los servicios de salud del grupo estudiado.

**Descriptores:** Apoyo Social; Determinantes Sociales de la Salud; Trastorno Mental Común; Salud de los Hombres.

## 1 Introdução

O homem se constitui a partir da construção de sua relação com o outro. Viver com o outro na delimitação de si e do mundo externo, firmado por outro ser, estrutura a essência do estabelecimento dos vínculos e cria relacionamentos entre as pessoas<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto, o apoio social pode ser definido como a integração das dimensões suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social que pessoas ou instituições possam oferecer<sup>(2-5)</sup>. Importante também definir-se rede social que envolve o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social. Sua avaliação revelaria o nível de integração social do indivíduo<sup>(6)</sup>.

Estudos avaliam que o apoio social abarca situações de doença, crise desenvolvimental e vulnerabilidade física, mental e/ou social. Tem sido demonstrada a importância do apoio social nesses contextos, revelando-se prioritário para promoção à saúde<sup>(5)</sup>.

Sabe-se que a população masculina possui fragilidades que lhes são atribuídas devido a questões culturais, psicológicas e comportamentais. A se pensar nas repercussões dessas questões, no Brasil, homens vivem em média 7,1 anos menos do que as mulheres, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a expectativa de vida dessa população chegou a 72,2 anos enquanto a feminina atingiu 79,3<sup>(7)</sup>.

Em 2015, excluindo as internações por gravidez, parto e puerpério, o sexo masculino obteve o maior número de internações (51%) nesse grupo. A maior proporção de internações entre os homens, ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos (30%)<sup>(8)</sup>.

Para além de fatores biológicos, genéticos e de circunstâncias pessoais, o ambiente, o contexto de vida onde o indivíduo nasce, se desenvolve, e envelhece condicionam a saúde e bem-estar mental. O ambiente é assim entendido num âmbito mais alargado, inter-relacionando-se com o território e suas características sociais, econômicas, culturais, físicas e institucionais, todas somadas a fatores próprios do indivíduo formam os determinantes de saúde<sup>(9)</sup>.

Uma condição marcadamente influenciada pelas condições de vida são os transtornos mentais comuns (TMC). Trata-se de problema de saúde importante para o profissional de saúde, sobretudo o que atua na atenção primária, devido sua alta prevalência. Trata-se de um conceito, que transcende as categorias diagnósticas fixas estabelecidas, como a CID-10. A identificação desse tipo de transtorno se aplica àqueles indivíduos que apresentam sintomas considerados comuns, mas cujos diagnósticos não estão compreendidos em uma única categoria dentro da psiquiatria<sup>(10)</sup>.

De modo contextual, o homem ainda pertence a um contingente populacional negligenciado por ações e serviços de saúde. Aspectos que não os contemplados pelo modelo biomédico ainda são muito pouco explorados pelos serviços de saúde<sup>(11)</sup>.

Observa-se dificuldade das equipes de saúde em atenuar a rigidez de suas programações de modo a atender a demandas espontâneas, peculiaridades próprias dessas regiões como distância e dificuldades de acessibilidade e de propiciar atendimento ou agendamento no mesmo dia de comparecimento à unidade<sup>(12)</sup>.

Um dos pontos importantes para superação dessas problemáticas, o suporte oferecido pelas redes de apoio social é crucial para o enfrentamento de situações adversas da vida. Além de promover resiliência e habilitar o sujeito a utilizar os recursos psicológicos para contornar seus problemas emocionais, promover comportamentos de adesão a tratamentos de saúde e a

aumentar o senso de estabilidade e bem-estar psicológico. Podendo reduzir, também, a suscetibilidade individual a enfermidades e atuar como fator de proteção à saúde<sup>(13)</sup>.

Cabe destacar, que no âmbito das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) os aspectos que envolvem apoio social também influenciam e se associam a questões psicológicas do processo de saúde-doença e aos transtornos mentais. A exemplo disso, pesquisa realizada no México identificou relações existentes entre baixo apoio social e a ocorrência de TMC<sup>(14)</sup>. Em outro estudo, brasileiro e mais recente, em que se analisaram os diferentes padrões de apoio social e doenças físicas e mentais, no contexto da atenção primária, também se percebeu menor apoio entre os usuários dos serviços e os resultados apontaram para a problemática do padrão relacional dos portadores de TMC com sua rede de apoio<sup>(13)</sup>.

Nos poucos estudos existentes acerca do apoio social existente em áreas rurais, percebe-se que além da marca das condições precárias de vida, muitas vezes identificadas nesses territórios, há precariedade na rede de relações sociais. Identificam-se dificuldades para participar de atividades de entretenimento, diversão e lazer<sup>(15)</sup>.

A literatura existente incide na relação que existe entre os determinantes e sua ação indutora de iniquidade no acesso aos cuidados de saúde<sup>(16)</sup>. Há condicionantes que são decisivos no processo saúde-doença e que devem ser considerados na produção da atenção<sup>(17)</sup>.

No que concerne aos TMC, a realização de pesquisa, bem como de estudos que propiciem o diagnóstico precoce e correto desse transtorno é fundamental para evitar prejuízos físicos e psicológicos ao indivíduo e ônus ao sistema de saúde. Além disso, constata-se uma lacuna referente a estudos nacionais nesta temática. Novos estudos podem fornecer subsídios para ações da equipe de saúde na prevenção, identificação, encaminhamento e acompanhamento das pessoas que apresentam sintomas de adoecimento psíquico<sup>(18)</sup>. Apesar da prevalência de TMC ser maior entre públicos femininos, pouco se sabe a respeito desse problema de saúde em grupos de homens<sup>(19)</sup>.

Nessa ótica, emerge como questão a ser respondida por esta pesquisa: estariam o apoio social, aspectos sociodemográficos, hábitos de vida e saúde associados a transtornos mentais comuns entre homens? A partir disso, analisar aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, saúde, transtornos mentais comuns, acesso aos serviços de saúde e sua relação com apoio social no contexto de vida do homem de cidade do interior do Estado de São Paulo – SP constitui-se como objetivo desse estudo.

## 2 Método

Estudo epidemiológico observacional, descritivo seccional. O estudo seguiu a resolução 466/2012<sup>(20)</sup>, e contou com a aprovação do comitê de ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, com número do parecer 2.617.228.

A coleta de dados ocorreu durante o ano de 2019. A amostra de estudo foi composta de homens residentes no município de Bananal – SP. No estudo foram incluídos moradores do município do sexo masculino, na faixa etária de 18 a 65 anos de idade incompletos, referente à faixa etária produtiva, e excluídos moradores recém-chegados de outras regiões que não a cidade em questão, há menos de seis meses.

O total selecionado de participantes para essa pesquisa foi de 370 sujeitos, o instrumento utilizado foi questionário estruturado com questões fechadas, elaborado pelos próprios pesquisadores e que foi utilizado como formulário.

A aplicação dos questionários ocorreu no ambiente das unidades de saúde do município e também e por meio de visitas domiciliares. Os participantes preencheram o questionário com auxílio dos aplicadores, tendo início, em seguida, as aferições de medidas como peso, altura, cintura, quadril e pressão arterial (medida que não foi analisada no presente estudo).

A variável TMC foi avaliada de acordo com vinte questões que correspondem à versão reduzida do SRQ-20, criado com a finalidade de estimar casos suspeitos. O instrumento, em sua versão reduzida, foi validado pela Organização Mundial de Saúde em 1983 e no Brasil, em 1986<sup>(21)</sup>. Este estudo adotou para fins de classificação sujeitos não suspeitos aqueles que apresentarem escore igual ou menor a cinco respostas positivas, e suspeitos aqueles com escore igual ou acima de seis, uma vez que na validação do instrumento recomendou-se o ponto de corte de cinco respostas positivas para homens <sup>(22)</sup>.

Alpha de Cronbach foi calculado para medir a confiabilidade (consistência interna) e avaliar a magnitude em que os itens do SRQ estão correlacionados, o valor encontrado foi de 0,747.

Além de variáveis socioeconômicas, de hábitos de vida, de saúde e de acesso e TMC, a percepção do apoio social foi estimada por meio da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) que foi desenvolvida para o *Medical Outcomes Study* (MOS-SSS) e pela equipe de Griep no estudo Pró Saúde no Rio de Janeiro<sup>(23)</sup>.

O instrumento foi concebido para criar cinco dimensões de apoio social. A dimensão afetiva, (cinco questões); a interação social positiva, (quatro questões); a dimensão emocional, (quatro questões); a informação, (quatro questões); e a dimensão material, (quatro questões), totalizando dezenove itens avaliados numa escala tipo likert com cinco opções de resposta: 1 "Nunca"; 2 "Raramente"; 3 "Às vezes"; 4 "Quase sempre" e 5 "Sempre"<sup>(6)</sup>.

Os escores foram obtidos por meio da soma de pontos atribuídos às perguntas de cada dimensão. A cada resposta foi atribuído uma pontuação que variou de 1 a 5. Quanto maior fosse o escore maior seria o nível de apoio social percebido. A soma de pontos obtidos de cada uma das dimensões foi dividida pelo escore máximo possível na mesma dimensão (que variava de acordo com o número de perguntas). O resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) foi multiplicado por 100. Os homens que deixaram de responder a qualquer pergunta de determinada dimensão foram excluídos do cálculo do escore<sup>(23)</sup>.

Para definição do apoio social, de acordo com a escala MOS-SSS, os escores encontrados, define-se que entre 0 e 33 pontos o apoio social é considerado baixo; entre 33 e 67 pontos, apoio social moderado; e entre 67 a 100 pontos, apoio social alto<sup>(6)</sup>. Na realização da análise bivariada, optou-se por considerar o apoio social abaixo da mediana geral do grupo como baixo apoio social e acima da mediana como alto. Neste estudo, a consistência interna, medida pelo alpha de Cronbach foi de 0,982.

As variáveis contínuas foram estipuladas pela média, as outras variáveis relacionadas aos determinantes de saúde (fatores sociodemográficos, hábitos de vida, de saúde e de acesso aos serviços de saúde) foram reagrupadas em dois estratos para melhor análise dos dados para observância da significância estatística, como será visualizado na tabela dos resultados. O teste qui quadrado ( $X^2$ ) foi utilizado para verificar diferenças entre os grupos analisados, durante a análise bivariada. Foi considerado, na avaliação da significância, o valor  $p \leq 0,05$ <sup>(24)</sup>.

Após essas etapas, foi realizada identificação das variáveis de confundimento e aplicado modelo de regressão logística binária. Na análise dos dados, buscou-se relacionar os achados com o referencial teórico abordado aos achados. Cada etapa do processo de análise dos dados foi realizada utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21 (SPSS®) e o RStudio®.

### **3 Resultados**

No grupo estudado observou-se média de idade de 37 anos, renda de 2 a 3 salários mínimos (132 ou 35,70%), maioria sem filhos (200 ou 21,00%) cor auto-referida branca (124 ou 17,74%), escolaridade predominante o ensino médio incompleto (177 ou 47,80%) e maioria sem companheira (o) (220 ou 21,81%).

Com relação aos seus hábitos de vida, metade relatou ser etilista 188 (50,08%) e informou uso de métodos preventivos nas práticas sexuais, 183 (49,50%). Dos sujeitos, 200 (54,10%) afirmaram ter realizado aferição de glicemia alguma vez (196 ou 21,93%).

Com relação ao sono, 172 (46,50%) informaram dormir o suficiente. A média de amigos referida encontrada foi de 3, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) informada por profissional de saúde foi referida por 107 ou 28,90% e o diabetes por 39 ou 9,9% dos homens.

Quanto aos aspectos relacionados ao acesso à saúde no município, 267 (72,20%) informaram ter ido a alguma unidade de saúde do município. A prevalência global de suspeição para TMC foi de 20%, considerando-se os pontos de cortes estabelecidos. Entre os escores, a média foi de 2,88; mediana 2,00 (DP± 2,92); o valor mínimo encontrado foi 0,00 e máxima 16,00. O valor do alpha de Cronbach encontrado foi de 0,747.

Quanto à escala de apoio social, a média encontrada foi de 44,79; a mediana 51,00; a moda encontrada foi 57,00; o valor mínimo encontrado foi 01,00 e máximo 77,00. De acordo com distribuição do apoio social percebido por dimensões, observou-se escore de 57,90 para a dimensão afetiva; 57,50 para a dimensão interação social positiva; 60,00 para a dimensão emocional/informação; e 58,00 para a dimensão material. O escore para o apoio social geral percebido foi de 58,00, o que de acordo com a escala utilizada é classificado como apoio social moderado<sup>(23)</sup>.

Na Tabela 1, a seguir, foram descritas variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, de saúde e de acesso em que se constatou associação estatística com o apoio social percebido pelo grupo, abaixo ou acima da mediana encontrada.

De acordo com análise bivariada, entre os indivíduos com mais de 37 anos, observou-se maior prevalência de baixo apoio social (59,30%, p=0,003). Quanto à renda, observou-se que os homens com renda de até dois salários mínimos apresentam maior prevalência do baixo apoio social (57,59%, p=0,014).

Com relação a filhos, observou-se que os homens com filhos têm menos apoio (59,41%, p= 0,003). Entre os brancos (63,70%, p=0,000), observou-se prevalência de maior apoio social (59,58%, p=0,000) com relação aos demais estratos raciais.

Ao observar-se a escolaridade, detectou-se baixo apoio entre os homens com escolaridade inferior ao ensino médio incompleto (60,50%,  $p=0,013$ ) e com relação à situação conjugal o baixo apoio foi mais observado entre os que possuíam companheira (o) (57,33%,  $p=0,047$ ) e não eram etilistas (54,34%,  $p=0,002$ ). Percebeu-se também associação estatística entre o não uso de preservativo (66,84%,  $p=0,000$ ) e o baixo apoio.

Entre os que haviam realizado aferição de glicemia capilar alguma vez observou-se baixo apoio (58,16%,  $p=0,000$ ). Com relação à hipertensão arterial sistêmica referida por profissional de saúde, assim como o diabetes, constatou-se maior prevalência de baixo apoio social nos que relataram não possuir essas doenças (55,51%,  $p=0,050$  e 52,26,  $p=0,050$ ).

Maior prevalência de baixo apoio também foi percebida entre os homens que relataram dormir o suficiente (58,72%,  $p=0,000$ ). O alto apoio social foi mais prevalente entre os que informaram dormir mais que o suficiente (70,11%,  $p=0,000$ ).

Com relação ao número de amigos, observou-se que aqueles com menos amigos apresentaram menor apoio (68,85%,  $p=0,000$ ). Com relação ao acesso, foi observada associação estatística entre nunca ter acessado serviços de saúde do município e o baixo apoio social (64,07%,  $p=0,002$ ).

**Tabela 1** - Apoio social, pela mediana, segundo variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, de saúde e acesso entre homens, de Bananal, SP, Brasil, 2019

VARIÁVEIS	APOIO SOCIAL SEGUNDO MEDIANA				Valor de $p$
	Abaixo		Acima		
	N*	%†	N*	%†	
<b><i>Idade pela média</i></b>					
Até 37 anos	87,00	43,93	111,00	<b>56,06</b>	<b><math>p=0,003</math></b>
Acima de 37 anos	102,00	<b>59,30</b>	70,00	40,69	
<b><i>Faixa de renda</i></b>					
Até 2 SM‡	110,00	<b>57,59</b>	81,00	42,40	<b><math>p=0,014</math></b>
Acima de 2 SM‡	79,00	44,13	100,00	<b>55,86</b>	
<b><i>Filhos</i></b>					<b><math>p=0,003</math></b>
Sim	101,00	<b>59,41</b>	69,00	40,58	
Não	88,00	44,00	112,00	<b>56,00</b>	
<b><i>Cor</i></b>					<b><math>p=0,000</math></b>
Negro	32,00	60,37	21,00	39,62	
Pardo	78,00	40,41	115,00	<b>59,58</b>	



Branco	79,00	<b>63,70</b>	45,00	36,29	
<b><i>Escolaridade</i></b>					<b>p=0,013</b>
Até ens. médio incomp.	72,00	<b>60,50</b>	47,00	39,49	
Acima ens. médio incomp.	117,00	46,61	134,00	<b>53,38</b>	
<b><i>Situação conjugal</i></b>					<b>p=0,047</b>
Com companheira (o)	86,00	<b>57,33</b>	64,00	42,66	
Sem companheira (o)	103,00	46,81	117,00	<b>53,18</b>	
<b><i>Etílista regular</i></b>					<b>p=0,002</b>
Sim	81,00	43,08	107,00	<b>56,91</b>	
Não	108,00	<b>59,34</b>	74,00	40,65	
<b><i>Uso do preservativo</i></b>					<b>p=0,000</b>
Sim	66,00	35,48	120,00	<b>64,51</b>	
Não	123,00	<b>66,84</b>	61,00	33,15	
<b><i>Aferição de glicemia</i></b>					<b>p=0,000</b>
Sim	114,00	<b>58,16</b>	82,00	41,83	
Não	75,00	43,10	99,00	<b>56,89</b>	
<b><i>Sono</i></b>					<b>p=0,000</b>
O suficiente	101,00	<b>58,72</b>	71,00	41,27	
Mais que o suficiente	26,00	29,88	61,00	<b>70,11</b>	
Menos que o suficiente	62,00	55,85	49,00	44,14	
<b><i>Média de 3 amigos</i></b>					<b>p=0,000</b>
Até a média	157,00	<b>68,85</b>	32,00	22,53	
Acima da média	71,00	31,14	110,00	<b>77,46</b>	
<b><i>HAS<sup>s</sup></i></b>					
Sim	43,00	40,18	64,00	<b>59,81</b>	<b>p=0,001</b>
Não	146,00	<b>55,51</b>	117,00	44,48	
<b><i>DM<sup>l</sup></i></b>					<b>p=0,050</b>
Sim	16,00	41,02	23,00	<b>58,97</b>	
Não	173,00	<b>52,26</b>	158,00	47,73	
<b><i>Visitas a unidades de saúde</i></b>					<b>p=0,002</b>
Sim	123,00	46,06	144,00	<b>53,93</b>	
Não	66,00	<b>64,07</b>	37,00	35,92	

**Fonte:** elaboração própria.

\*N = Frequência Simples; †% = Frequência Relativa; ‡SM = Salário Mínimo; §HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; ¶DM = Diabetes Mellitus

Na Tabela 2, a seguir, foram descritas as prevalências dos TMC, de acordo com apoio social mensurado. Quando se analisa o apoio social e sua associação com TMC, a partir da distribuição das prevalências encontradas pela mediana, observa-se maioria de homens que referenciaram menor apoio social (28,04%,  $p < 0,0001$ ). A maioria se mantém ao analisar-se a distribuição por tercís, ao prevalecer o baixo apoio (25,77,  $p = 0,036$ ).

**Tabela 2** - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e relação com apoio social, pela mediana e por tercís, entre homens, de Bananal, SP, Brasil, 2019

<b>Apoio social</b>	N*	n†	%‡	Valor de p
<b>Mediana</b>				<0,0001
Baixo	18	5	<b>28,0</b>	
	9	3	<b>4</b>	
Alto	18	2	11,6	
	1	1	0	
<b>Tercís</b>				0,036
Baixo	97	2	<b>25,7</b>	
		5	<b>7</b>	
Médio	17	3	21,4	
	7	8	6	
Alto	96	1	11,4	
		1	5	

**Fonte:** elaboração própria.

N = Total da Linha; †n = Total de Suspeitos; ‡% = Prevalência

Após regressão logística binária (tabela 3) e teste de modelos estatísticos, levando em conta o baixo apoio social, foi constatado que havia cerca de duas vezes mais chances entre aqueles que moram sozinhos (RP = 1,77, IC<sub>95</sub> 1,03-3,03), três vezes mais chances entre quem não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST) (RP = 2,73, IC<sub>95</sub> 1,65- 4,51) e entre os suspeitos de TMC (RP = 3,06, IC<sub>95</sub> 1,20-4,44), cerca de quatro vezes mais risco entre aqueles com poucos amigos (menos que 3) (RP= 4,25 IC<sub>95</sub> 3,66 -10,67). Ser branco foi fator de proteção de 50% para baixo apoio.

**Tabela 3** – Estimativas do modelo selecionado na análise de regressão logística múltipla binária, entre homens, de cidade no interior do estado de São Paulo – SP / N=370.

<b>VARIÁVEIS</b>	Valor de p	RP	IC95%
------------------	------------	----	-------

<i>Consumo de drogas</i>	0,001	2,9	1,517-
		1	5,611
<i>Fumar</i>	0,000	2,2	1,244-
		4	4,067
<i>Realizar PIC</i>	0,001	2,3	1,201-
		1	4,448
<i>Sono insuficiente</i>	0,000	3,3	1,866-
		1	5,882

**Fonte:** elaboração própria.

P = Teste do qui-quadrado de Pearson; RP = Razão de prevalência; IC95% = Intervalo de confiança de 95%.

Há diversos fatores de risco apontados em literatura para o desenvolvimento desses transtornos: a percepção de rede de apoio ausente, características sociodemográficas, ocupacionais e relativas à saúde orgânica, eventos de vida produtores de estresse, sexo, ausência de atividade física, entre outras<sup>(25-30)</sup>.

#### 4 Discussão

Ao utilizar-se o modelo para mensuração com os pontos de corte adotados pela escala MOS-SSS, os escores da escala de apoio social utilizada indicaram apoio social global moderado entre o grupo de homens estudado, ao levarem-se em consideração as quatro dimensões analisadas<sup>(23)</sup>. Em semelhança, estudo que utilizou a mesma escala e pontos de corte, com população rural constatou o alto apoio social entre homens<sup>(31)</sup>. Em outra amostra, com predomínio de homens trabalhadores de empresa de petróleo observou-se alto apoio social, quando analisados em seus contextos de vida e de trabalho<sup>(32)</sup>.

No que concerne às dimensões do apoio social, observou-se que afetiva e interação social positiva apresentaram menores escores. O resultado foi semelhante ao de estudo realizado em ambulatório de feridas de município urbano do Paraná, em que se observaram nos homens, menores escores nas dimensões apoio afetivo e interação positiva<sup>(33)</sup>. Em outra amostra com 672 homens de distrito urbano pobre do município de Duque de Caxias – RJ foi encontrado maior quantitativo de homens com baixo apoio social, nas dimensões apoio emocional/informação e na dimensão material<sup>(34)</sup>.

Observou-se também associação entre idade abaixo da média do grupo e baixo apoio social. Esse achado reforça outros estudos, em que observou-se associações entre idade abaixo da média do grupo e baixo apoio social<sup>(13)</sup>. Esse resultado contrapõe estudo que constatou que pessoas com idades mais elevadas possuem menor percepção do apoio recebido quando comparado aos mais jovens<sup>(23)</sup>.

Com relação ao estrato socioeconômico, foi observada associação entre renda abaixo da média do grupo e baixo apoio social. Associação semelhante é encontrada em dois outros estudos, sendo um colombiano com homens de diferentes camadas sociais, em que piores condições em redes sociais de apoio e a menor percepção do suporte, sobretudo na dimensão do apoio material foram observadas em menores patamares de renda<sup>(34-35)</sup>.

Com relação às redes de relacionamentos existentes, observou-se maior apoio social entre homens com filhos. Essa observação havia sido reforçada por estudo que relata que aqueles que se tornam pais, parecem perceber maior auxílio material e financeiro de sua rede de apoio e que o suporte social, nesse contexto, pode ser compreendido como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva ao contexto familiar e pode ser pensado como agente de proteção frente a diversos riscos<sup>(36)</sup>.

Em uma pesquisa, percebeu-se que grande parte dos homens é influenciado pelo seu contexto familiar e pela presença de filhos, passam a procurar com maior frequência o serviço de saúde<sup>(37)</sup>. Observa-se que a sua rede social de apoio é a família, fator chave no enfrentamento das questões cotidianas e no tratamento de questões como a ansiedade.

Houve destaque nesta pesquisa para a maior probabilidade do baixo apoio social entre aqueles que moram sozinhos e entre os que têm poucos amigos. Percebe-se que as relações sociais são fundamentais para o bem-estar dos seres humanos. A família e as redes de amizades são sistemas permeados por relações interpessoais, como esposa e marido, pais e filhos, irmãos e irmãs, avós e netos, além de outros arranjos existentes, muitas vezes, fora dos padrões tradicionais. Corrobora-se a função de proteção desses atores, que fomenta a qualidade de vida e a saúde das pessoas<sup>(38)</sup>.

Com relação à cor da pele, observou-se que ser branco constitui-se como fator de proteção para o baixo apoio. Não foram encontrados estudos que deixassem claras relações entre o apoio social e a cor autorreferida dos sujeitos. Cabe ressaltar que o Brasil é predominantemente constituído por autodeclarados negros e pardos. Nesse tocante, faz-se necessário que as análises das relações raciais sejam feitas de modo a compreender os processos desiguais e de que forma eles se distribuem na sociedade, visando a tentar compreendê-los, numa perspectiva de combate às desigualdades<sup>(39)</sup>.

Ao analisar-se apoio social e escolaridade, é possível estabelecer relação entre ter menor escolaridade e baixo grau de apoio social entre os homens sujeitos de pesquisa e esse fato também foi observado em amostra de estudo de homens pacientes com HIV/AIDS de Gana<sup>(40)</sup>. O fato de possuir mais anos de estudo pode proporcionar maior contato com outras

peessoas e contextos o que pode reforçar os relacionamentos existentes entre esses indivíduos e suas comunidades.

Menor apoio social foi encontrado entre aqueles que não se previnem contra IST. Ao investigar os motivos registrados para o não uso da camisinha na última relação sexual, percebe-se a influência de elementos como a cultura, o envolvimento afetivo, o fortalecimento das relações sociais, acreditando que a rede de apoio social existente influencia nos comportamentos de busca por autocuidado pelos membros do grupo<sup>(41)</sup>.

Foi encontrada correlação entre a percepção de alto apoio social e relatar dormir mais que o suficiente. Essa relação não havia sido encontrada em nenhum dos estudos encontrados acerca de apoio social.

Observou-se nos resultados que ter hipertensão e diabetes estiveram relacionados à maior apoio social em quem havia realizado exame de glicemia capilar. Revisão sistemática de literatura norte americana constatou que receber apoio pode estar relacionado à melhor controle glicêmico e bem-estar psicossocial de pacientes diagnosticados com diabetes<sup>(42)</sup>. O mesmo pode ocorrer nos grupos de acompanhamento de outras doenças crônicas como a hipertensão. Em estudo com homens com câncer da Colômbia foi observado alto apoio social, assim como em pesquisa com homens soropositivos de Gana<sup>(35,40)</sup>. Isso também pôde ser verificado em pesquisa com pacientes oncológicos, em que se observou que os homens manifestaram ter maior apoio material e emocional, acesso à informação e interação social positiva, quando comparados aos grupos de mulheres<sup>(43)</sup>.

Essa percepção, de maior apoio social entre sujeitos que se encontram em processo de adoecimento é reafirmada por diversos estudos encontrados. O que pode indicar tal acontecimento ser gerador de maior solidariedade das pessoas do entorno comunitário e protetores desses indivíduos, que se encontram fragilizados pelos processos patológicos<sup>(33,40,43-45)</sup>.

A disponibilidade de apoio social é hoje aceita como um fator capaz de mitigar a relação entre a doença e a qualidade de vida, pois há razões teóricas e empíricas para acreditar que o apoio decorrente das relações sociais contribui, para o ajustamento e desenvolvimento pessoais, tendo ação mediadora relativamente aos efeitos das doenças e de questões de saúde física e mental<sup>(5)</sup>.

Aqueles que relataram não ir a unidades de saúde do município em questão perceberam apoio social abaixo da média, quando comparados aos que haviam ido a algum atendimento. Com acesso aos serviços de saúde concretiza-se mais aproximação e construção

de vínculo entre profissionais e usuários do serviço, compreensão por parte do profissional da necessidade do indivíduo como ser integral e centro da atenção, o que proporciona construção de relações positivas, qualidade de vida e saúde<sup>(46)</sup>.

Com relação aos aspectos relacionados ao apoio mensurado e os TMC, percebeu-se que o baixo apoio social esteve estatisticamente associado à suspeição da prevalência desses transtornos, de acordo com os escores adotados, fato também observado em estudo com usuários da atenção primária, em que se estabeleceu padrão relacional entre os transtornos em questão e o baixo apoio mensurado<sup>(13)</sup>.

O mesmo resultado, de baixo apoio e associação com TMC também havia sido relatado em estudo realizado no México, com pacientes portadores do diabetes do tipo 2. Em estudo com trabalhadores de Unidade de Atenção Básica de cinco municípios da Bahia, observou-se maior magnitude no grupo de exposição combinada, TMC e baixo apoio social, reforçando os achados encontrados neste estudo<sup>(47)</sup>.

Sendo assim, reforça-se a possibilidade de associação entre apoio social e TMC, com sinergia dos efeitos deletérios que o baixo apoio pode trazer para a saúde mental dos indivíduos analisados. Aponta-se relevância das associações aqui encontradas e torna-se pertinente considerar a intervenção em pelo menos algum dos fatores aqui investigados.

Ao analisarem-se os estudos encontrados, observa-se apoio social elevado entre os grupos de homens, independente do contexto de vida, principalmente quando comparados a grupos de mulheres. Na maioria dos estudos na área de saúde, o estudo do gênero masculino não é muito estudado, principalmente quando comparado ao feminino. Revela-se que os diversos estudos têm sido realizados com amostras de mulheres<sup>(19)</sup>.

Sobre as limitações deste estudo, por ser de desenho seccional possui limite quanto à temporalidade, pois não se pode afirmar que o apoio social mensurado é causa ou consequência das outras variáveis investigadas.

## **5 Conclusão**

Ao analisarem-se resultados, constatou-se moderada percepção do apoio social de acordo com a escala utilizada e foi percebida associação estatística entre quinze características ligadas aos determinantes de saúde e ao apoio social mensurado (idade, renda, filhos, cor, escolaridade, situação conjugal, etilismo, uso do preservativo, aferição da glicemia capilar, sono, número médio de amigos, hipertensão, diabetes, TMC e acesso às unidades de saúde).

Após regressão logística binária, observaram-se maiores chances para o baixo apoio social entre os que moram sozinhos, não previnem IST e entre os suspeitos de TMC. Percebeu-se que ser branco foi fator de proteção para o baixo apoio.

Em perspectiva comparada, percebeu-se que tanto estudos nacionais como internacionais a respeito do suporte social utilizam diferentes métodos para mensuração do apoio e que os grupos estudados envolvem portadores de doenças crônica ou infecciosas, em contextos socioeconômicos, culturais e de vida distintos. A exceção de estudo com pacientes com câncer de próstata, nenhum dos estudos encontrados possuía amostras exclusivamente formadas por homens.

Faz-se importante a construção de novos estudos acerca da relação entre apoio social e os determinantes de saúde existentes, sobretudo em populações de homens, ainda pouco estudadas.

## Referências

1. Fonseca ISS, Moura SB. Social support, health and work: a brief review. *Psicol. Am. Lat.* [Internet]. 2008, 15:0-0. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2008000400012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400012&lng=pt&nrm=iso)>.
2. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people. *Seven European Countries.* [Internet]. 2013; 8(1):e54856. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054856>.
3. Neri AL, Vieira LAM. Social involvement and perceived social support in old age. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2013; 16(3):419-432. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000300002>.
4. Marques CA, Stefanello, B, Mendonça, CN, Furlanetto, LM, et al. Association of depression, levels of pain and lack of social support in patients admitted to general medical wards. *J Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2013; 62(1):1-7. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100001>.
5. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini, CA. Social support assessment in Brazilian studies: conceptual aspects and measures. *Ciência & Saúde Coletiva.* [Internet]. 2011; 16(1):1755-1769. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012>.
6. Zanini DS, Peixoto EM, Nakano TC. The Social Support Scale (MOS-SSS): Standardizing with Item References. *Temas em Psicologia.* [Internet]. 2018; 26(1):387-399. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>.

7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Vamos conhecer o Brasil. Nosso povo. Indicadores e características da população [Internet]. 2017 [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em:  
<<https://cnae.ibge.gov.br/en/component/content/95-7a12/7a12-vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo.html?Itemid=101> >.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. [Internet]. 2018. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em:  
<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/Perfil-da-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf> >.
9. Santana A. Território e saúde mental em tempos de crise. Imprensa da Universidade de Coimbra; 2015. 174p.
10. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006; 22(8):1639-48. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>.
11. Carneiro FF, Pessoa VM, Arruda CAM, Folgado CARR, Soares RAS, Kirsch RK, et al. Webs of an Observatory monitoring health of peasants, river dwellers and forest populations in Brazil *Tempus. Actas Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014; 8(2):275-93. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i2.1524>.
12. Garnelo L. Access and coverage of Primary Health Care for rural and urban populations in the northern region of Brazil. *Saúde debate*. [Internet]. 2018; 42(1):6-11. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>.
13. Aragão EIS, Campos MR, Portugal FB, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLCL. Social Support patterns in Primary Health Care: differences between having physical diseases or mental disorders. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2017; 22(7):2339-50. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.21012016>.
14. Torres MA, Abacaxi JA. Associação entre variáveis psicológicas e sociais, com a adesão em pessoas com diabetes tipo 2. *Terapia psicológica*. [Internet]. 2010; 28(1):45-53. [acesso 17 Fev. 2021].
15. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Characteristics of social support offered rural elderly persons assisted by PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2006;11(3):753-764. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300023>.
16. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Health determinants in Brasil: searching for health equity. *Saúde Soc*. [Internet]. 2017;26(3):676-689. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>.



17. Cirilo M Neto, Dimenstein M. Mental Health in Rural Settings: Analyzing the Psychosocial Work. *Psicologia: Ciência e Profissão*. [Internet]. 2017;37(2):461-474. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002542016>.
18. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2017; 51:01-08. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016033103225>.
19. Carlotto MS, Barcinski M, Fonseca R. Common mental disorders and its association with sociodemographic variables and occupational stressors: a gender analysis. *Estudos e pesquisas em psicologia*. [Internet]. 2015; 15(3):1006-1026. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000300013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300013&lng=pt&nrm=iso) >.
20. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 dez 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>.
21. Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J. Chron Dis*. [Internet]. 1986; 39: 371-8. doi: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(86\)90123-2](https://doi.org/10.1016/0021-9681(86)90123-2).
22. Ludermir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Internet]. 2003; 38(9):485-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0658-8>.
23. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the *Medical Outcomes Study's* social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2005; 21(3):703-14. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>.
24. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
25. Lima MCP, Domingues MS, Cerqueira ATAR. Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2006; 40(6):1035-41. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40n6/1035-1041/pt> >.
26. Santos AMVS, Almeida Lima CBM, Costa RFM; Brito MFSF. Common mental disorders: prevalence and associated factors among community health agents. *Cad. Saúde Colet*. [Internet]. 2017; 25(2):160-168. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020031>.
27. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2003; 19(6):1713-1720. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600015>.

28. Braga LC, Carvalho L R, Binder MCP. Working conditions and common mental disorder among primary health care workers from Botucatu, São Paulo State. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2010; 15:1585-1596. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>.
29. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalence of common mental disorders in the population attended by the Family Health Program. *J. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2011; 1:1-12. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300012>.
30. Rocha, S.V, Almeida MMG, Araújo TM, Júnior JSV. Physical activity in leisure and common mental disorders among elderly residents in a town of northwest Brazil. *J Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2011; 60(2):80-85. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000200002>.
31. Nepomuceno BB, Ximenes VM. Apoio social, saúde mental e gênero: um estudo em contextos de pobreza rural. *Encontros universitários da UFC*. [Internet]. 2017. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: < <http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/26914/56013> >.
32. Fonseca ISS, Araújo TM, Bernardes KO, Amado N. Apoio social e satisfação no trabalho em funcionários de uma empresa de petróleo. *Psicologia para América Latina*. [Internet]. 2013; (25): 43-56. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870350X2013000200004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2013000200004&lng=pt&tlng=pt)>.
33. Mariano JO, Moreira RC, Araújo LO, Hatisuka MFB, Silva ES, Melo SCCS. Apoio social percebido por pessoas com úlceras de perna atendidas em um projeto de extensão. *Revista Conexão UEPG*. [Internet]. 2018; 14(2):264-271. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.14.i2.0015>.
34. França-Santos D, Oliveira AJ, Salles-Costa R, Lopes CS, Sichieri R. Gender and age differences in social support and body mass index in adults in Greater Metropolitan Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2017; 33(5):1-12. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00152815>.
35. Fontibón LF, Hernández A, Lorena VJ, Juliet VJ, Jiménez V, Sánchez SPR. Association Between Sociodemographic, Clinical Variables and Quality of Life with Social Support Perceived in Colombian Patients with Cancer. *Avances en Psicología Latinoamericana*. [Internet]. 2015; 33(3): 387-395. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3225>.
36. Martins E. Família em situação de risco e rede social de apoio: um estudo em comunidade de periferia metropolitana. *Revista ambiente e educação*. [Internet]. 2011; 4(1):60-71. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <[http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_educacao/pdf/volume\\_4\\_1/educacao\\_01\\_60\\_71.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_educacao/pdf/volume_4_1/educacao_01_60_71.pdf)>.

37. Farias GMN, Cavalcante LFD, Pinto JR, Matos MM, Lima LF, Caldas MEA, et al. Family as Social Support Networks for Men with Mellitus Diabetes. *Atas CIAIQ* [Internet]. 2018; 2:407-413. [acesso 17 Fev. 2021]. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1802/1755> >.
38. Inouye K. Relations between social vulnerability and perceptions of family Support and quality of life among elderly people. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. [Internet]. 2010; 23(3):582-592. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>.
39. Domingues BRC. Black in the university, white in the fieldwork: reflections about representation and racial inequality in the academy. *Cadernos de campo USP*. [Internet]. 2018; 27(1):296-309. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v27i1p295-309>.
40. Abrefa-Gyan T, Cornelius LJ, Okundaye J. Socio-Demographic Factors, Social Support, Quality of Life, and HIV/AIDS in Ghana. *Journal of Evidence-Informed Social Work*. [Internet]. 2015; 13(2):1-11. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/23761407.2015.1018033>.
41. Nascimento EGC, Cavalcanti MAF, Alchieri JC. Adherence to condom use: the real behavior in the Northeast of Brazil. *Rev. Salud Pública*. [Internet]. 2017; 19 (1):39-44. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.44544>.
42. Al-Dwaikat TN, Hall LA. Systematic Review and Critical Analysis of Measures of Social Support Used in Studies of Persons With Diabetes. Springer Publishing Company. [Internet]. 2017; 1;25(2):74-107. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.25.2.E74>.
43. Trindade CRP, Hahn GV. Social care for oncologic patient based on the medical outcomes study scale. *Rev. Enferm. UFSM*. [Internet]. 2016; 6(1):112-122. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769218770>.
44. Reis FF, Carvalho AAS, Santos CSB, Rodrigues VMCP. Perceptions of the social support for colostomized men in northern Portugal. *Esc. Anna Nery*. [Internet]. 2014; 18(4): 570-577. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140081>.
45. Queenan J.A, Feldman-Stewart D, Brundage, M, Groome PA. Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care*. [Internet]. 2010; 19:251–259. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.01029.x>.
46. Penna CMM, Faria RSR, Rezende GP. Welcoming services: triage or strategy for universal health access? *Rev. Min. Enferm*. [Internet]. 2014; 18(4): 815-822. [acesso 17 Fev. 2021]. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140060>.
47. Mattos AIS, Araújo TM, Almeida MMG. Interaction between demand-control and social support in the occurrence of common mental disorders. *Rev. Saúde Pública USP*. [Internet].

2017; 51(48): 1-9. [acesso 17 Fev. 2021]. doi:  
<https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006446>.

## **Relação do aleitamento materno exclusivo com os programas de saúde pública no Brasil**

*Relationship of exclusive breastfeeding with public health programs in Brazil*

*Relación entre la lactancia materna exclusiva y los programas de salud pública en Brasil*

Giovana Cruz Manzano  
Marina Almeida Ruy  
Tamires Patrícia Souza  
Maristela Corrêa de Lima

**RESUMO:** O Ministério da Saúde (MS) orienta que o aleitamento materno seja exclusivo até os primeiros 6 meses de vida, sendo assim, com este estudo foi possível indicar a efetividade dos programas de saúde pública ao incentivo do aleitamento materno exclusivo (AME) atualmente. Objetivo: Analisar os índices de AME no Brasil nos últimos 6 anos e relacioná-los com os programas públicos de incentivo e promoção do aleitamento materno exclusivo. Metodologia: Esta pesquisa foi realizada a partir de coleta de dados pelo marcador alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), tendo como referência os anos de 2015 à 2020 (os 12 meses do ano). Resultados: No total, foram avaliadas 392.411 crianças em toda cobertura nacional, e dessas, 54% em média encontravam-se em AME ao longo desse período. Foram selecionados 12 programas regulamentados por órgãos oficiais, que auxiliam na proteção e promoção do aleitamento; destes programas foram indicados os valores de AME nos últimos 6 anos e estabelecida sua relação com os programas públicos de incentivo a essa prática. Conclusão: Este estudo verificou o índice de AME no Brasil, o qual teve um aumento expressivo nos últimos anos.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Aleitamento materno exclusivo; Políticas Pública

**ABSTRACT:** The Ministry of Health (MH) recommends exclusive breastfeeding until the first 6 months of life; therefore, this study indicates the effectiveness of public health programs to encourage exclusive breastfeeding (EBF) today. Objective: To analyze the rates of EBF in Brazil in the last 6 years and relate them to the public programs to encourage and promote exclusive breastfeeding. Methodology: This research was conducted from data collection by the *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional* (SISVAN), taking as reference the years 2015 to 2020 (the 12 months of the year). Results: A total of 392,411 children were assessed across national coverage, and of those, 54% on average were on EBF throughout this period. Twelve programs regulated by official agencies that help protect and promote breastfeeding were selected; the values of EBF in the last 6 years were indicated and

their relationship to public programs to encourage this practice was established. Conclusion: This study verified the rate of EBF in Brazil, which has increased significantly in recent years.

**Keywords:** Breastfeeding; Exclusively breastfed; Public Policies

**RESUMEN:** El Ministerio de Sanidad (MS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis primeros meses de vida; por tanto, este estudio indica la eficacia de los actuales programas de salud pública para fomentar la lactancia materna exclusiva (LME). Objetivo: Analizar los índices de LME en Brasil en los últimos 6 años y relacionarlos con los programas públicos de incentivo y promoción del lactancia materna exclusiva. Metodología: Esta investigación se realizó a partir de la recolección de datos del marcador de alimentos del the *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional* (SISVAN), tomando como referencia los años 2015 a 2020 (los 12 meses del año). Resultados: Se evaluó a un total de 392.411 niños en toda la cobertura nacional, y de ellos, el 54% de media recibió una alimentación líquida a lo largo de este periodo. Se seleccionaron 12 programas regulados por organismos oficiales, que ayudan a la protección y promoción de la aleatoriedad; en estos programas se indicaron los valores de AME en los últimos 6 años y se estableció su relación con los programas públicos de incentivo a esta práctica. Conclusión: Este estudio verificó el índice de LME en Brasil, el cual tuvo un aumento expresivo en los últimos años.

**Palavras-chave:** Lactancia materna; Lactancia materna exclusiva; Políticas públicas

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos vem sendo consolidado e ampliado o fato de a amamentação prover o alimento ideal e necessário para o desenvolvimento do recém-nascido. O Ministério da Saúde preconiza, por meio do Guia Alimentar, que a amamentação seja exclusiva, ou seja, sem qualquer outro alimento a não ser o leite materno, durante os 6 primeiros meses de vida<sup>1</sup>, especialmente por possuir diversos nutrientes e características imunomoduladoras, imunoprotetoras, anti-inflamatórias, antibacterianas e antivirais. Além disso, é eficiente contra a mortalidade e morbidade infantil e confere proteção contra a desnutrição e diversas infecções<sup>2</sup>.

Faz parte do senso comum evidenciar que o alimento essencial para o recém-nascido é o leite materno. Este, por sua vez, possui nutrientes que garantem o aporte necessário para o

crescimento ideal da criança. A ausência do AME pode acarretar prejuízos à saúde, como maior incidência de diarreia e hospitalizações por doenças respiratórias, risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes do leite materno, menor eficácia do AM como método anticoncepcional e menor duração total do AM<sup>1</sup>.

Além das vantagens existentes a curto-médio prazo para a criança que ingere o leite materno, há diversos benefícios a longo prazo. Um estudo associou positivamente a duração do aleitamento materno (doze meses ou mais) com maiores índices de QI, escolaridade e renda, quando comparados a aqueles que foram amamentados por menos de um mês<sup>3</sup>.

O Brasil é referência mundial quanto ao índice de aleitamento materno e tal feito está diretamente ligado com as políticas públicas de incentivo às gestantes e lactantes. E é reconhecido que se a amamentação fosse elevada a um nível universal, poderia contribuir para prevenção da morte de 823.000 crianças a cada ano e 20.000 mortes de mulheres por câncer de mama; uma vez que já foi comprovado que o aleitamento materno reduz a mortalidade infantil e previne esse tipo de câncer<sup>4</sup>.

Os primeiros indicadores de aleitamento materno (AM) registrados no Brasil são da década de 70<sup>4</sup>. Com os avanços advindos da Revolução Industrial, múltiplos fatores influenciaram o declínio dos índices de amamentação, como alterações nas estruturas sociais, divulgação da mídia, publicidade, surgimento/crescimento das indústrias de leite em pó e fórmulas infantis. Tais condições geraram um alto índice de desmame precoce<sup>5</sup>. Contudo, na década de 80 surgiram tendências do retorno do aleitamento; sendo que em 1975 a duração mediana da amamentação era de 2,5 meses e em 1989 foi para 5,5 meses<sup>6</sup>. Em 1986 o índice de aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil era de 2,9%<sup>5</sup> e em 2020 era de 54%<sup>7</sup>. Diferentes aspectos estão envolvidos no crescimento dos referidos indicadores, e ao longo de muitos anos foi sendo consolidada a importância do AM por meio de estudos e pesquisas na área.

Um dos programas pioneiros, criado pelo Ministério da Saúde, foi fundado em 1981. Tratava-se do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), dentro do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). O programa, que foi reconhecido internacionalmente, tinha por objetivo a pluralidade de ações visando à promoção ao AM, por meio de campanhas publicitárias, treinamento de profissionais de saúde, criação de leis trabalhistas de proteção à amamentação, controle de marketing e comercialização, criação de grupos de apoio à amamentação na comunidade e aconselhamento individual<sup>8,9</sup>.

A partir de então, outros programas e iniciativas foram surgindo, visando o apoio e promoção do AM e AME. Destacam-se a Iniciativa Hospital amigo da Criança, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL), Bancos de Leite Humano, Semana Mundial de Aleitamento Materno, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, entre outros<sup>2</sup>.

No entanto, se por um lado houve aumento no percentual de AME no Brasil, ainda são frequentes as observações de desmame precoce, isto é, antes dos seis primeiros meses de vida. Diversos trabalhos revelam que os principais motivos para a interrupção da amamentação, são o trabalho materno, uso de chupeta, crença do leite fraco, dor mamar, tabagismo materno, introdução de outros tipos de leite e baixa escolaridade dos pais, resultando em falta de informação acerca da importância do leite materno tanto para a mãe como para o bebê<sup>10,11,12</sup>.

Embora a indústria tente criar fórmulas infantis que substituam o leite materno, até hoje nenhuma fórmula criada conseguiu prover os nutrientes existentes no leite materno e as consequências benéficas a curto e longo prazo para a mãe e o bebê, quando comparados ao AME<sup>13</sup>. Portanto, é extremamente importante avaliarmos o impacto e a efetividade dos programas de saúde pública para o AME nos últimos seis anos. O presente estudo teve por objetivo analisar os índices de aleitamento materno exclusivo no Brasil nos últimos 6 anos, relacioná-los com os programas públicos de incentivo e promoção do aleitamento materno exclusivo.

## **MÉTODOS**

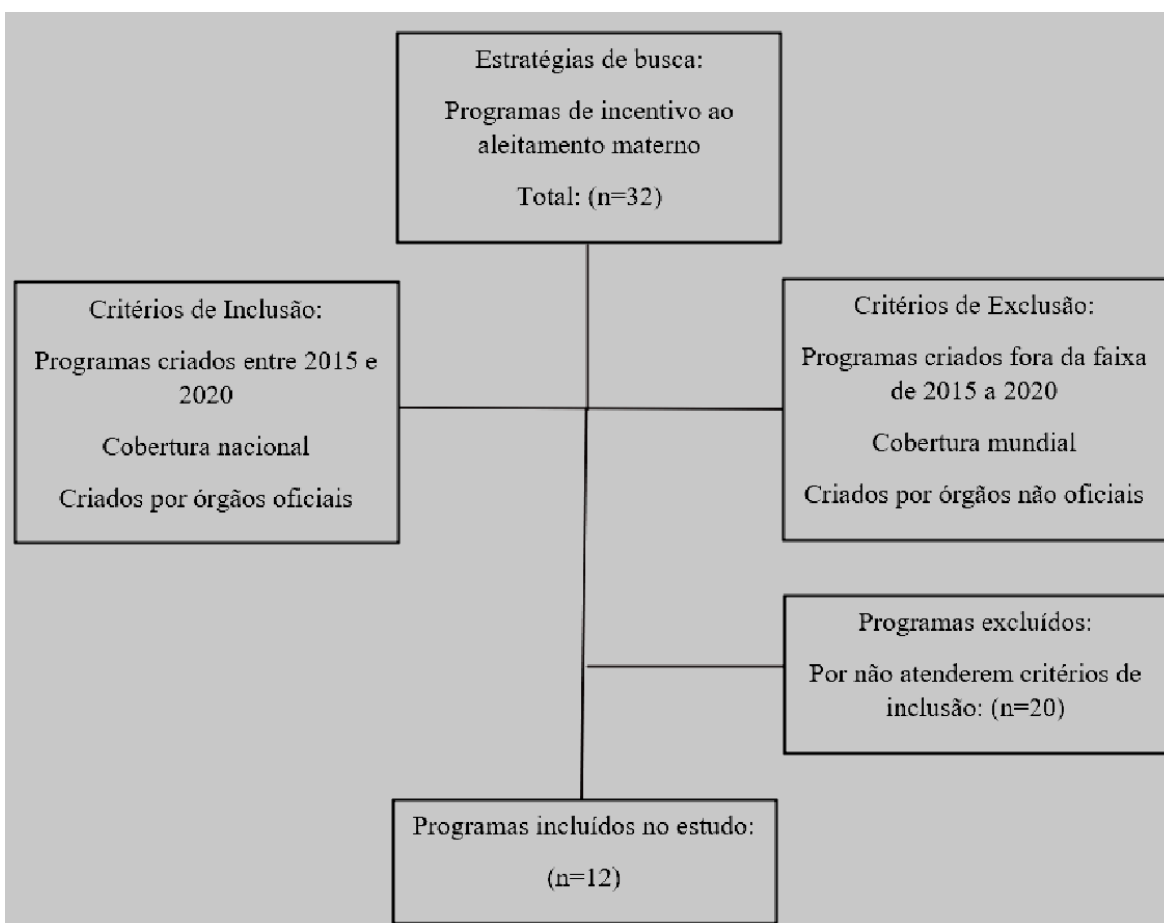
O estudo foi realizado a partir da coleta de dados pelo marcador alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), tendo como referência os anos de 2015<sup>14</sup>, 2016<sup>4</sup>, 2017<sup>15</sup>, 2018<sup>16</sup>, 2019<sup>17</sup> e 2020<sup>13</sup>, incluindo todos os meses do ano. Optou-se por este recorte temporal para que fosse possível analisar como estão os índices de AME na atualidade.

O SISVAN Web visa integrar dados relacionados às atividades de monitoramento alimentar e nutricional, desde o registro de dados antropométricos e marcas de consumo alimentar até a geração de relatórios; dessa forma busca apresentar de forma constante a predisposição no quesito alimentar e nutricional de uma população, a fim de avaliar e com isso, planejar programas e intervenções<sup>18</sup>.



Estudou-se a situação de 392.411 crianças menores de seis meses de vida quanto à prática do aleitamento materno exclusivo no Brasil, e, foram utilizadas como variáveis todas as raças, povos e comunidades, gêneros, graus de escolaridade e acompanhamentos registrados pelo SISVAN WEB.

Além dos dados coletados pelo SISVAN, foram utilizados artigos originais reunidos nas principais plataformas de bancos de dados eletrônicos científicos como Periódicos Capes, Pub Med e Scielo nas línguas inglês e português; ademais foram consultados sites governamentais. A busca inicial resultou em um total de 32 registros, sendo excluídos 20 registros após a análise inicial, restando, portanto, 12 programas (figura 1).



**Figura 1.** Diagrama de pesquisa dos programas de políticas públicas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência de AME no Brasil foi constatada por meio da plataforma do SISVAN Web, onde foram reunidos os indicadores ao longo de seis anos, como mostra a tabela 1. No total, foram avaliadas 392.411 crianças em toda cobertura nacional, e dessas, 54% em média encontravam-se em AME ao longo desse período.

**Tabela 1.** Prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil, em crianças menores de 6 meses, entre 2015 e 2020.

Ano	AME em menores de 6 meses		Total de Menores de 6 meses acompanhados(as)
	N	%	
2015	16821	55	30.438
2016	31924	52	51.034
2017	42039	56	75.537
2018	45961	54	85.499
2019	40142	53	76.036
2020	39988	54	73.867

Fonte: SISVAN WEB, 2021

Na tabela é possível observar que houve uma tendência de aumento entre os anos de 2015 até 2017, e uma leve queda na porcentagem de AME entre os anos de 2018 a 2020. Contudo, a prevalência de AME durante todos os anos avaliados manteve-se em média em 54% (tabela 1). Nesse sentido, é importante salientar que o sucesso do aleitamento materno sofre influência de inúmeros fatores como a idade materna, o nível educacional, carga horária de trabalho, condições socioeconômicas, experiências de outras gestações, círculo social e apoio familiar, além das orientações e incentivos recebidos durante o período peri- e pós-natal<sup>19</sup>.

Para melhor compreender a dinâmica de incentivo ao AM, foram selecionados 12 programas regulamentados por órgãos oficiais, que auxiliam na proteção e promoção do AM (Tabela 2). Os programas elegidos foram criados e implementados entre os anos de 2015 a 2020. Há desde cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde, como o “Caderno de atenção básica – Aleitamento materno e alimentação complementar” de 2015, e o “Manual de Recomendações para a Assistência À Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19”,

elaborado em 2020 durante a Pandemia de Covid-19, até leis implementadas pelo Governo Federal, a fim de proteger e incentivar o AM, como a “Lei Amamentar durante concurso”, implementada em 2019 (Tabela 2).

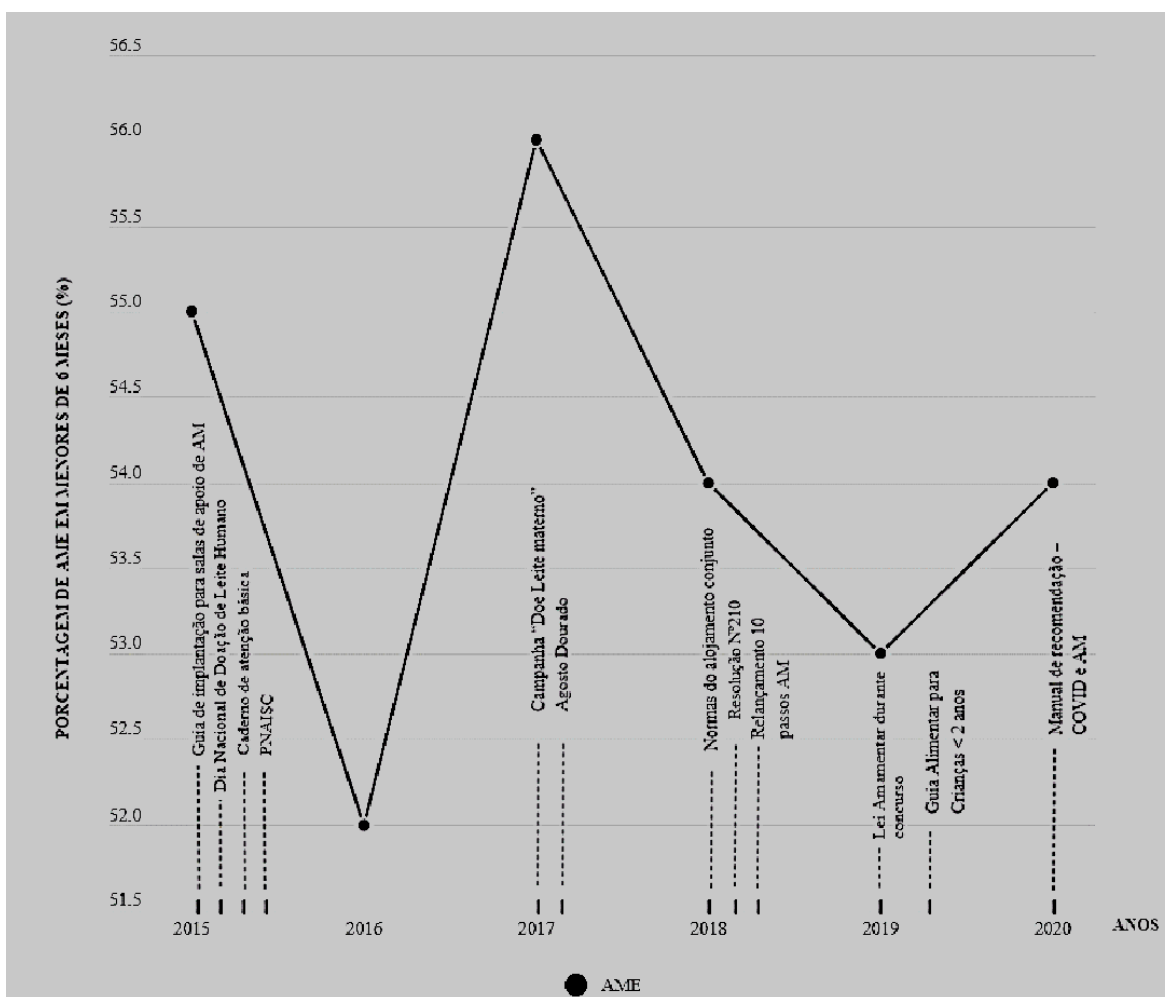
**Tabela 2.** Programas de política inclusos no estudo.

<b>Programas de Incentivo Ao Aleitamento Materno no Brasil</b>	<b>Ano</b>	<b>Órgão Responsável</b>
Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora	2015	Ministério da Saúde
Dia Nacional de Doação de Leite Humano	2015	Ministério da Saúde
Caderno de atenção básica – Aleitamento materno e alimentação complementar	2015	Ministério da Saúde
PNAISC - Portaria nº 1.130	2015	Ministério da Saúde
Campanha “Doe Leite materno”	2017	Ministério da Saúde
Agosto Dourado	2017	Governo Federal (Lei 13.435/2017)
Normas do alojamento conjunto – Portaria 2.068	2018	Ministério da Saúde
Resolução nº 210, de 05 de junho de 2018	2018	Governo Federal (Lei 13.872/2019)
Relançamento 10 passos para o sucesso do Aleitamento materno	2018	Ministério da Saúde
Lei Amamentar durante concurso	2019	Ministério da Saúde
Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos	2019	Ministério da Saúde
Manual de Recomendações para a Assistência À Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19	2020	Ministério da Saúde

O pioneirismo do Brasil com relação a essas políticas foi construído ao longo do tempo, conforme já destacado na seção introdutória deste trabalho e comprovado na literatura. Além disso, o impacto positivo do AM sobre o desenvolvimento das crianças na primeira infância também é cada vez mais reconhecido<sup>20,21</sup>. Porém, ao considerarmos o objetivo de destacar a política ideal e de fato efetiva para o apoio e promoção do AM, torna-se complexo

encontrar a resposta mais adequada, uma vez que isso depende de diversos fatores que envolvem desde de questões culturais e econômicas da sociedade, bem como organização dos setores públicos e privados. Assim, a criação de sistemas para proteger as práticas já existentes de aleitamento materno merece prioridade, tanto do ponto de vista dos direitos humanos quanto do econômico<sup>22</sup>.

Apesar da dificuldade de compreensão sobre os impactos concretos de cada política no AM, foi estruturada uma linha do tempo para unificar os índices de AME no Brasil e os programas públicos de incentivo ao AM, considerando o período estudado (2015-2020) (Figura 2).



**Figura 2** - Linha do Tempo - Marcos no incentivo ao aleitamento materno no Brasil, nos últimos cinco anos.

Dentro de cada programa são oferecidas inúmeras maneiras de promover o aleitamento materno, considerando a atuação multiprofissional ofertada na Atenção Básica (AB). Nessas

atividades são previstas distribuição de folheto informativos, campanhas de incentivo aleitamento materno, grupos e outras atividades previstas por cada unidade de saúde. Corroborando as abordagens realizadas nos programas, uma revisão de 23 estudos experimentais e 31 estudos quali experimentais concluiu que as abordagens mais eficazes para a promoção do aleitamento materno por meio do sistema de saúde necessitam ser abrangentes o bastante, para combinar, por exemplo, discussões em grupo durante o período pré-natal com visitas domiciliares no período pós-natal<sup>23</sup>. Somadas a outras intervenções, as “sessões educacionais em grupo durante o período pré-natal, enfatizando as habilidades necessárias para iniciar e manter o aleitamento materno após o período neonatal” auxiliam na manutenção de índices mais altos de AME<sup>22</sup>. Considerando esses aspectos com a relevância adequada, as puérperas e suas famílias carecem também do apoio da sociedade como um todo, de aceitação do aleitamento materno como norma social, como parte da vida e extensão normal do processo reprodutivo após a gestação<sup>24</sup>.

O reflexo dessa preocupação ampla, ou a falta dela, reflete nos resultados de abrangência de cada política implementada, em que apesar dos resultados promissores e da implementação de diversos programas, observa-se falta de linearidade no alcance dos objetivos, como observado em 2015 em que houve uma queda na taxa de AME (Figura 2). Contudo, entre 2016 e 2017 observamos uma tendência de aumento dessa taxa, mesmo não havendo criação de novas políticas nesse intervalo de tempo. Essa observação nos permite inferir que o aumento (de 52% para 56%) é reflexo da implementação de programas nos anos anteriores, uma vez que a consolidação dos mesmos não é instantânea.

Dentre todos os 6 anos analisados, 2015 foi o ano contemplado com o maior número de políticas implementadas, sendo possível a observação de seu reflexo nos anos seguintes. Entre as principais políticas instauradas, ganha destaque o Caderno de atenção básica, elaborado pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo fornecer subsídio aos profissionais da AB para a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno<sup>2</sup>. Além disso, também foi de suma importância a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que reúne um conjunto de ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, onde um dos objetivos é o de aumentar a prevalência de AME<sup>10</sup>.

Nos anos posteriores diversos programas foram criados e efetivados. Em 2017, vale ressaltar a criação do “Agosto Dourado”, ou, Mês do Aleitamento Materno, instituído por meio da Lei 13.435, com o objetivo de dedicar um mês, anualmente, para intensificação das

ações que visam promoção do AM<sup>9</sup>. Em 2018, o Diário Oficial da União publicou a Resolução N°210, onde o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), dispõe que o regime prisional deverá ser flexível o suficiente para atender às necessidades de mulheres gestantes, lactantes e mulheres com filhos/as<sup>25</sup>.

Em 2019, foi lançado o novo Guia Alimentar para menores de 2 anos, pelo Ministério da Saúde, que busca reforçar a recomendação da amamentação exclusiva até os seis meses de vida e a continuidade do aleitamento materno até os dois anos ou mais<sup>26</sup>. No mesmo ano foi instituída a Lei 13.872, que permite as mães amamentarem seus filhos durante a realização de concursos públicos<sup>27</sup>. A partir de tais implementações, houve um crescimento no percentual de AME; atestando a importância de ações que promovam o AM.

Por fim, em 2020, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19, salientando a importância do AM, principalmente em um cenário permeado por insegurança por parte das mães, com relação à possibilidade de transmissão do vírus através do AM<sup>28</sup>. Devido a segurança global do leite materno e seus benefícios, tanto a curto como a longo prazo, a amamentação não deve ser interrompida; portanto, as mães com Covid-19, podem amamentar diretamente, com as devidas precauções<sup>29</sup>.

Vale salientar que embora as políticas públicas de incentivo ao AM tenham um papel imprescindível na promoção do aleitamento, é dever de toda sociedade proporcionar um ambiente adequado para que a mãe consiga amamentar; uma vez que o aleitamento influencia desde a saúde do ser humano, até o âmbito da economia, índices de desenvolvimento e mortalidade da população<sup>2,30</sup>.

A despeito dos crescentes esforços governamentais para a promoção, proteção e incentivo ao AME, as taxas encontradas atualmente estão aquém do ideal. Por esse motivo são necessários maiores esforços para o avanço do AM, visando melhor qualidade de vida e índice de desenvolvimento. Além disso, as unidades de saúde, especialmente na AB devem dispor de equipes com habilidades e conhecimentos adequados e atualizados no que diz respeito ao AM.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o presente estudo foi possível observar que o índice de AME no Brasil teve um aumento expressivo de 1986 (2,9%), quando comparado com o índice de 2020 (54%). Embora não tenha sido possível destacar pontualmente quais foram as estratégias que melhor influenciaram no aumento das taxas de AM, é inegável o fato de que essas iniciativas, desenvolvidas para a promoção, proteção e incentivo, de fato influenciaram no aumento da taxa de AME no Brasil. Contudo, apesar do aumento ter sido considerado crescente ao longo desses anos, ainda se faz necessário a melhoria das taxas de AM no país.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Victora CG. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The lancet global health* 2015; 3(4): 199-e205.
4. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório consolidado de consumo alimentar; 2016. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/consumoalimentar>>. Acesso em 10 abr. 2021.
5. Boccolini CS. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Revista de Saúde Pública* 2017; 51:108.
6. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1988; 1 (1): 40-49, 1998.
7. Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Secular trends in breastfeeding in Brazil. *Revista de Saúde Pública* 2013; 47: 1205-1208.
8. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19: S37-S45.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

10. Alvarenga SC. Fatores que influenciam o desmame precoce. *Aquichan* 2017; 17(1): 93-103.
11. Pereira AOR. Fatores que interferem na realização do aleitamento materno exclusivo. *Nursing (São Paulo)* 2021; 24(274): 5401-5418.
12. Cohen SS. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *The Journal of pediatrics* 2018; 203:190-196. e21.
13. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório consolidado de consumo alimentar; 2020. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/consumoalimentar>>. Acesso em 10 abr. 2021.
14. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório consolidado de consumo alimentar; 2015. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/consumoalimentar>>. Acesso em 10 abr. 2021.
15. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório consolidado de consumo alimentar; 2017. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/consumoalimentar>>. Acesso em 10 abr. 2021. 19
16. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório consolidado de consumo alimentar; 2018. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/consumoalimentar>>. Acesso em 10 abr. 2021.
17. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório consolidado de consumo alimentar; 2019. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/consumoalimentar>>. Acesso em 10 abr. 2021.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde: Vigilância Alimentar e Nutricional; 2021. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar>>. Acesso em 1 maio. 2021.
19. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição* 2006; 19(5).
20. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). United Nations General Assembly. International Convention on the Rights of the Child. Disponível em: <http://www.unicef.org/crc/>>. Acesso em 18 abr. 2022.
21. World Health Organization. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1993. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm>>. Acesso em 18 abr. 2022.



22. Greiner T. Infant and young child nutrition: a historic review from a communication perspective. In: Koniz-Booher P, ed. Proceedings of an international conference on communication strategies to support infant and young child nutrition, July 13-14, 1992, Washington, D.C.. Ithaca, NY: Cornell University, Program in International Nutrition; 1993:7-15.
23. Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation* 2001;17(4):326-343.
24. Robles CS. Políticas Públicas a Favor do Aleitamento Materno. 2017. Disponível em: <<https://www.ibm.br/files/tcc/politicas-publicas-a-favor-do-aleitamento-materno-camila-santos-robles.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2022.
25. Brasil. Congresso. Senado. Resolução nº 210, de 5 de junho de 2018. Conselho nacional dos direitos da criança e do adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2018. Disponível em: <[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24965882/d01-2018-06-11-resolucao-n-210-de-5-de-junho-de-2018-24965826](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24965882/d01-2018-06-11-resolucao-n-210-de-5-de-junho-de-2018-24965826)>. Acesso em 07 abr. 2021.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
27. Brasil. Lei nº13.872, de 17 de setembro de 2019. Estabelece o direito de as mães amamentarem seus filhos durante a realização de concursos públicos na administração pública direta e indireta dos Poderes da União. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13872.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13872.htm)>.
28. 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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
29. Cheema R. Protecting breastfeeding during the COVID-19 pandemic. *American journal of perinatology*; 2020.
30. Rollins NC. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *The lancet* 2016; 387(10017): 491-504, 2016.

# **Educação Permanente em Saúde e a Formação Discente em Tempos de Pandemia: Relato de Experiências**

*Permanent Health Education in and Student Training in Times of Pandemic: An Experience Report*

*Educación Permanente em Salud y Formación Estudiantil em Tiempos de Pandemia: Relato de Experiências*

Bárbara Garcia Figueredo  
Rodrigo de Souza Balk  
Joana dos Santos da Silva Corbette  
Marilia Pacheco Rodrigues  
Rafaella Martini Paiva  
Tatiane Motta da Costa e Silva

## **RESUMO**

O estudo tem por objetivo relatar as possibilidades de ações de educação permanente em saúde (EPS) e a formação discente durante a pandemia por Covid-19, a partir da experiência de bolsistas vinculados ao Programa de Educação Tutorial Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PET PISC) da Universidade Federal do Pampa. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência. As experiências relatadas ocorreram no período de maio a dezembro de 2020. Neste período, o PET PISC desenvolveu o ciclo de palestras denominada “Informação em Saúde” e o projeto intitulado “Leitura e debate dos Cadernos de Atenção Básica”, explanando sobre diferentes temas envolvendo a saúde coletiva. Resultados evidenciam que o processo de desenvolvimento do pensamento crítico dos acadêmicos, quanto mais cedo for aperfeiçoado, mais irá agregar a formação profissional dos mesmos, auxiliando-os a compreender a importância de uma formação interdisciplinar para o processo de formação discente. Assim, ratifica-se a necessidade de ações de EPS entre os discentes e profissionais da área da saúde. Evidencia a necessidade de atividades extraclasse para a formação discente durante a pandemia.

**Palavras-chave:** COVID-19, Educação Continuada, Ensino, Práticas Interdisciplinares, Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The study aims to report the possibilities of continuing education actions in health (EPS) and student training during the Covid-19 pandemic, based on the experience of fellows linked to the Tutorial Education Program Integrated Practices in Public Health (PET PISC) of the Federal University of Pampa. This is a descriptive study of experience report. The experiences reported took place from May to December 2020. During this period, the PET PISC developed the cycle of lectures called "Information on Health" and the project entitled "Reading and debate on Primary Care Notebooks", explaining different themes involving collective health. Results show that the critical thinking development process of students, the sooner it is perfected, the more it will add to their professional training, helping them to understand the importance of an interdisciplinary training for the student training process.

Thus, the need for EPS actions among students and health professionals is confirmed. It highlights the need for extracurricular activities for training students during the pandemic.

**Keywords:** COVID-19, Continuing Education, Teaching, Interdisciplinary Practices, Public health, Primary Health Care.

## RESUMEN

El estudio tiene como objetivo reportar las posibilidades de educación continua en salud (EPS) y formación de estudiantes durante la pandemia Covid-19, a partir de la experiencia de becarios vinculados al Programa de Educación Tutorial Prácticas Integradas en Salud Pública (PET PISC) de la Universidad Federal de Pampa. Se trata de un estudio descriptivo, tipo relato de experiencia. Las experiencias reportadas tuvieron lugar de mayo a diciembre de 2020. Durante este período, el PET PISC desarrolló el ciclo de conferencias denominado "Información en Salud" y el proyecto "Lectura y debate sobre Cuadernos de Atención Primaria", explicando diferentes temas relacionados con la salud colectiva. Los resultados muestran que el proceso de desarrollo del pensamiento crítico entre los estudiantes, cuanto antes se perfeccione, más agregará a su formación profesional, ayudándolos a comprender la importancia de una formación interdisciplinaria para el proceso de formación de los estudiantes. De esta forma, se confirma la necesidad de acciones de EPS entre estudiantes y profesionales de la salud. Destaca la necesidad de actividades extracurriculares para capacitar a los estudiantes durante la pandemia.

**Palabras llave:** COVID-19, Educación continúa, Enseñando, Prácticas interdisciplinarias, Salud pública, Primeros auxilios.

## INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, representa uma crise para a saúde pública mundial, com impactos sociais, políticos, econômicos e educacionais.<sup>1</sup> A alta virulência do novo coronavírus, associada à inexistência de um tratamento eficaz para a doença, levou à adoção de medidas emergenciais preventivas capazes de proteger a saúde e salvar vidas em todo o mundo, como a quarentena e o distanciamento social.<sup>2</sup>

Dentre as medidas que visam à contenção da doença, a suspensão temporária de aulas presenciais tem sido adotada em vários países, na tentativa de reduzir o risco de contágio e proliferação do vírus entre a comunidade acadêmica, exigindo a adequação do sistema de ensino a essa nova realidade.<sup>3</sup> Com o distanciamento social, houve a necessidade de reavaliação do processo de ensino-aprendizagem, com a utilização de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) para a manutenção de uma rotina de estudos.<sup>4</sup>

Por conseguinte, com o avanço da pandemia surgiu, também, a necessidade de se pensar a formação em saúde atenta para as especificidades do cenário epidemiológico atual, bem como o investimento em ações de Educação Permanente em Saúde (EPS),<sup>5</sup> a qual se

fundamenta em uma estratégia de aprendizagem que se dá através do processo educativo, envolvendo as relações profissionais de saúde.<sup>6</sup> Nesse sentido, o Programa de Educação Tutorial Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PET PISC) precisou se transformar, adaptando suas atividades ao âmbito das TDIC, para manter suas práticas de EPS visando levar à população informações adequadas e embasadas cientificamente, além de manter o processo de ensino-aprendizagem de seus integrantes.

O PET PISC foi desenvolvido por acadêmicos e professores da Universidade Federal do Pampa (Unipampa), campus Uruguaiana, a partir da prática da disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva III, realizada em 2009. Inicialmente, o PISC teve aprovação em 2009 como um projeto de extensão universitária, no entanto, em 2010 transformou-se em Programa de Educação Tutorial. O PET PISC emerge do desejo da oferta de atenção integral e da interprofissionalidade em saúde. Quando surge, seus integrantes prezam pela composição de equipes multiprofissionais para o desenvolvimento de ações interdisciplinares.<sup>7</sup> Desde sua criação, o grupo sempre se manteve ativo na Universidade e nas ações sociais da cidade de seu Campus, em Uruguaiana, através do desenvolvimento de suas atividades de EPS. Todavia, devido a pandemia, as atividades presenciais tiveram que ser substituídas por atividades de EPS de forma online, que contemplassem ações interdisciplinares em saúde.

Com isso, o grupo passou a desenvolver o ciclo de palestras intitulado “Informação em Saúde” e o projeto denominado “Leitura e Debate dos Cadernos de Atenção Básica”, as duas ações buscaram abordar diferentes temas relacionados à saúde coletiva. A opção pelo uso de aplicativos, plataformas e redes sociais como estratégias de promoção da EPS, considerou o pressuposto de que elas induzem a uma autonomia por parte dos acadêmicos na busca por uma formação complementar e do gerenciamento e adaptação de atividades durante o período de distanciamento social, no qual, o acadêmico ocupa uma posição mais central e menos secundária no seu processo de formação.<sup>8</sup>

A necessidade dos bolsistas em manter a busca por conhecimentos teórico-práticos impulsionou o desenvolvimento dessas atividades, que se pautou em trazer profissionais da saúde atuantes na Atenção Básica (AB) para o compartilhamento de seus saberes e elevar o desenvolvimento acadêmico do grupo. Assim, o estudo tem por objetivo relatar as possibilidades de ações de educação permanente em saúde (EPS) e a formação discente durante a pandemia por Covid-19, a partir da experiência de bolsistas vinculadas ao PET PISC, da Unipampa.

## MÉTODO

O presente artigo consiste em um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Busca-se relatar experiências das atividades de EPS realizadas por bolsistas vinculados ao PET PISC, da Unipampa, durante o período de maio a dezembro de 2020. O PET PISC, atualmente formado por acadêmicos de Enfermagem e Fisioterapia, assegura a indissociabilidade entre o ensino, pesquisa e extensão, garantindo o processo integral de formação em saúde de todos os atores envolvidos.<sup>7</sup>

Diante da necessidade em manter o distanciamento social, o grupo precisou adequar as atividades para o modo online. Onde o Google Meet, Youtube, Facebook, Instagram e site institucional do PET PISC tornaram-se as redes e plataformas utilizadas para divulgação dos materiais educativos, reuniões de planejamento e bate-papos.

Uma das atividades desenvolvidas pelo grupo foi a organização de palestras, intitulada “Informação em Saúde”, fundamentando-se sempre na interdisciplinaridade e na saúde coletiva. As palestras eram abertas ao público, onde contou com a participação de estudantes de diversos cursos de graduação e instituições do país, tanto públicas como privadas.

A escolha dos temas e dos profissionais para discorrer sobre os assuntos, baseou-se nas áreas em que os bolsistas possuíam maior afinidade e gostariam de aprofundar seus conhecimentos. Os encontros foram organizados inteiramente pelos bolsistas, sendo eles responsáveis por convidar os palestrantes, mediar as discussões e, também, confeccionar os cartões de divulgação e os certificados que, posteriormente, foram enviados aos participantes e palestrantes.

Além disso, desenvolveu-se desde agosto de 2020 o projeto “Leitura e Debate dos Cadernos de Atenção Básica” em substituição às visitas domiciliares, junto às Estratégias de Saúde da Família (ESFs). O projeto foi idealizado pelo tutor do programa, que frente a sua experiência prática, viu-se necessário a busca intermitente por conhecimentos e aprofundamentos embasados em manuais próprios do Ministério da Saúde (MS) referentes a AB. Os encontros do projeto ocorriam semanalmente, sendo realizados através de videochamadas pela plataforma Google Meet.

Estabeleceu-se que seria debatido um Caderno específico por mês, com intenção de potencializar o entendimento sobre o tema e prosperar discussões concretas e reflexivas sobre o conteúdo em destaque. Sendo assim, os bolsistas eram responsáveis pela elaboração do

cronograma de discussões contendo o capítulo a ser discutido em cada semana, bem como, pela definição de qual bolsista irá conduzir a discussão.

No decorrer desse período foram debatidos o capítulo “Tratamento e acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica” do Caderno “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica”; os capítulos “A definição de cuidado, sofrimento, pessoa e território”, “Instrumentos de cartografia com a pessoa, a família e a comunidade” e “Situações de saúde mental comuns na Atenção Básica” do Caderno “Saúde Mental”; os capítulos “Humanização e acolhimento à pessoa idosa na Atenção Básica”, “Atribuição dos profissionais da Atenção Básica no atendimento à saúde da pessoa idosa” e “suporte familiar e social” do Caderno Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Já do Caderno de Atenção domiciliar, foram debatidos os capítulos “Elementos de abordagem familiar na Atenção Básica”, “Cuidados paliativos e a atenção domiciliar” e “Violência na atenção domiciliar”.

Durante os encontros de discussão, o bolsista responsável iniciava explanando o capítulo pré-definido, realizando uma breve apresentação do mesmo. Após, abria-se um tempo para os demais bolsistas exporem suas impressões, sentimentos e como pressupõem que aquele tema em específico funciona na prática. Além da apresentação elaborada pelo grupo, na última semana do mês, um especialista na área referente ao tema do Caderno debatido era convidado a participar da discussão, de forma a ampliar o debate e auxiliar na formação acadêmica. Assim, o especialista faz sua elucidação referente ao tema e, após, sana as dúvidas dos bolsistas com relação ao assunto.

## **RESULTADOS**

A partir das vivências proporcionadas ao longo das atividades desenvolvidas pelo PET PISC, os bolsistas foram protagonistas em seus processos de formação em saúde, ao planejar e executar o ciclo de palestras “Informação em Saúde” e o projeto “Leitura e Debate dos Cadernos de Atenção Básica”. As palestras demonstraram um caráter integrador, pois possibilitaram a participação de acadêmicos de diversas áreas, entre elas, enfermagem e fisioterapia, além de favorecer o diálogo com profissionais da saúde. O meio virtual favoreceu o convite e a participação de professores e acadêmicos de outras localidades sem a necessidade de grandes adequações logísticas.

A figura 1 apresenta o quadro que especifica o tema abordado, número de participantes e período em que as palestras foram realizadas. À destacar, que o número de participantes em cada palestra foi contabilizado através de uma lista de presença disponibilizada ao final das mesmas, pela equipe de bolsistas responsável pela confecção dos certificados.

**Figura 1** - Quadro apresentando o número de participantes na atividade “Informação em Saúde”. Uruguaiana (RS), Brasil, 2020.

TEMA DA PALESTRA	Nº DE PARTICIPANTES	PERÍODO DE REALIZAÇÃO
Avaliação da capacidade funcional em pacientes críticos	31	Maio/2020
Os diferentes cenários de parir e nascer	43	Maio/2020
A dança como ferramenta terapêutica para indivíduos com paralisia cerebral e para outras populações	32	Maio/2020
Oportunidades para estimulação no desenvolvimento motor	41	Junho/2020
Plantas medicinais e o tratamento da Covid-19	30	Junho/2020
Saúde materno-infantil: um olhar para a amamentação	70	Junho/2020
Repercussões da Covid-19 na gestação e puerpério	42	Junho/2020
Visita domiciliar em tempos de pandemia	28	Julho/2020
Avanços e desafios no emprego terapêutico seguro de plantas medicinais	23	Julho/2020
O papel nutricional ao paciente oncológico	32	Julho/2020
Epidemiologia em Saúde Coletiva	28	Agosto/2020
Hipertensão na saúde da população negra	28	Agosto/2020
A Covid-19 nos profissionais de saúde	20	Setembro/2020
HIV e gestação	20	Setembro/2020
Envelhecimento e saúde do idoso	13	Outubro/2020
Atuação da enfermagem na saúde do idoso	13	Outubro/2020

Fonte: autores, 2020.

Vale ressaltar, que a palestra “Hipertensão na saúde da população negra” foi realizada a partir da temática do Caderno de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica”. Já as palestras “Envelhecimento e saúde do

idoso” e “Atuação da enfermagem na saúde do idoso” foram realizadas a partir das discussões do Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”.

Através da observação da figura 1, é nítido o expressivo número de participantes nas palestras que abordavam questões de saúde da mulher e saúde materno-infantil. À destacar, os bate-papos “Saúde materno-infantil: um olhar para a amamentação”, “Os diferentes cenários de parir e nascer”, “Repercussões da Covid-19 na gestação e puerpério” e “Oportunidades para estimulação no desenvolvimento motor”, que obtiveram os maiores números de participantes, respectivamente, 70, 43, 42 e 41.

Esses números foram alcançados devido a participação de professores; acadêmicos; público externo, a exemplo de mães em puerpério e profissionais da saúde que atuam no município. Tal participação demonstra a constante busca dos participantes por informações de qualidade obtidas através de profissionais capacitados em relação às temáticas. Além do mais, essas foram as palestras em que houveram maior participação com perguntas aos palestrantes, o que reforça o enriquecimento de conhecimentos adquiridos em relação aos assuntos pelos ouvintes.

Outro aspecto a destacar em relação às palestras, é a possibilidade de conhecimento sobre a realidade de algumas regiões do país, evidenciando a região sul e sudeste, tendo em vista o conhecimento dos palestrantes e o local em que trabalham. As palestras, também foram grandes propulsoras no interesse em áreas específicas da saúde, como por exemplo, a saúde do idoso. Através disso, surgiram parcerias para o desenvolvimento de projetos de extensão e pesquisa com professores de outras instituições e, também, com professores da Unipampa.

O engajamento obtido por meio das palestras reforça a importância de uma constante atualização e busca por conhecimento sobre saúde pública, gestão em saúde e técnicas de cuidado. As palestras tiveram grande adesão, principalmente, no período em que os acadêmicos da Unipampa estavam sem aulas remotas. Isso reforça que as atividades de EPS são de extrema importância para a formação profissional, onde os discentes carecem e buscam por uma formação complementar, para além do estabelecido nos componentes curriculares obrigatórios em seus cursos.

Nas discussões dos Cadernos de Atenção Básica surgiram reflexões acerca da AB e ideias de estratégias para se desenvolver próximo aos locais de prática, como as ESFs, Associação de Apoio a Pessoas com Câncer (AAPECAN), Centro de Referência de Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outras instituições. Ainda, com a discussão dos cadernos, tem-se o intuito de treinar a oralidade e



gerar senso crítico através da leitura e discussão sobre diversos temas em Saúde Coletiva e promoção do cuidado.

O Caderno “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica” foi o primeiro caderno a ser discutido pelo grupo, proporcionando aos bolsistas questionamentos de qual seria o motivo para uma doença de simples prevenção continuar a afligir grande parte da população brasileira causando patologias secundárias que podem levar os indivíduos até mesmo ao óbito. Além disso, debateu-se a necessidade de campanhas que contemplem a promoção e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de forma clara e sistemática na AB à saúde, onde a população compreenda que existem profissionais para fazer o controle de sua HAS e, também, que por meio do atendimento no SUS é possível receber medicamentos para a doença através da Farmácia Popular, mediante prescrição médica e cadastro prévio.

Ao longo das discussões embasadas teoricamente pelo Caderno de Saúde Mental, refletiu-se sobre o processo histórico de luta antimanicomial e a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. O cuidado em saúde mental passou a ser compreendido como um cuidado que envolve acolhimento, escuta atenta, vínculo entre profissional e usuário, redução de danos e a orientação para novas formas de práticas na área de saúde. Levando os bolsistas a concluir, ao final da discussão do Caderno, que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes, assim, o profissional de saúde deve olhar essa pessoa como um todo, e observar em cada situação, os impactos na vida dessa pessoa, e através disso, elaborar um plano de ação atentando para todas as necessidades deste usuário.

Com relação ao Caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, refletiu-se acerca da importância do trabalho multiprofissional no auxílio à pessoa idosa, tendo em vista que, quanto mais se avança em idade, mais declínios na funcionalidade e surgimento de patologias causam agravos à saúde dessa população. Outros fatores que os profissionais devem estar atentos no atendimento domiciliar é com relação ao suporte familiar e social recebido, assim como, se o idoso é independente e ainda desempenha funções no mercado de trabalho. É necessário cautela ao se dar dicas de saúde, tendo em vista as inúmeras vivências que os idosos já experienciaram e ao ambiente em que vivem, além disso, a escuta ativa e acolhedora é a base para um desfecho favorável à saúde dos idosos.

Mesmo sem estar atuando diretamente junto às ESFs, através das ações realizadas pelos bolsistas do PET PISC, foi possível mensurar a importância de alguns programas e organizações necessárias na AB, considerando as práticas realizadas anteriormente ao

momento de pandemia e, também, com a visualização de tudo que está ocorrendo dentro da AB frente a Covid-19. Durante a leitura, mas principalmente através da fala dos especialistas que participaram dos debates, confirmou-se a ideia de que uma equipe multidisciplinar e a EPS, são fundamentais no processo de cuidado. Todas essas atividades serviram para o grupo refletir acerca da fragmentação do trabalho e a necessidade constante de lutar pelas políticas de saúde existentes.

## **DISCUSSÃO**

A formação para atuação na AB requer uma busca constante por leituras, vivências práticas, inserção em projetos de pesquisa e extensão, além de diálogo com profissionais da saúde e, também, com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, as ações promovidas pelo PET PISC emergiram da necessidade em planejar projetos com a finalidade da Unipampa contribuir com a comunidade, levando conhecimento em saúde à população e novas possibilidades de atuação aos profissionais.

Entretanto, o contexto pandêmico vivenciado afastou os bolsistas do ambiente de prática, exigindo adaptações no processo de formação, sendo, por meio da leitura e dos momentos de discussão coletiva, a possibilidade encontrada para a aquisição de conhecimentos que transcendem o ambiente de sala de aula e a prática clínica.

Cabe ressaltar que todos os temas abordados nas palestras foram essenciais na formação interdisciplinar dos bolsistas. Isso corrobora com a ideia central do PET PISC, de formar profissionais capacitados para trabalhar de forma interdisciplinar dentro da AB. Em virtude disso, a escolha dos temas e palestrantes de diferentes áreas sempre pressupôs a aquisição de conhecimentos diversificados e relacionados a inúmeras áreas da saúde.

A interdisciplinaridade deve estar presente na atuação em saúde, e ter a oportunidade de inteirar-se do conceito de interdisciplinaridade frente às diferentes realidades de saúde pública, é de suma importância para o discente. Segundo Faria et al. (2018)<sup>9</sup> a formação interdisciplinar favorece o aprofundamento de um saber sensível sobre os diversos determinantes da saúde e não apenas centrado nas técnicas, teorias e procedimentos de cada profissão.

Para Freitas et al., (2016),<sup>10</sup> o processo de formação em saúde baseado no ensino-aprendizagem tem elevados potenciais para romper os métodos tradicionais de ensino, através de novos saberes e novos olhares, favorecendo assim, o surgimento de novas práticas

de aprendizagem inovadoras e facilitadoras. O aprofundamento teórico acerca de questões presentes na AB, contribui para novas formas de cuidado, pautadas no compromisso profissional com as diversidades e grupos populacionais, evidenciando assim a importância de uma equipe acolhedora e humanizada no cuidado.

Os projetos desenvolvidos não substituem a prática nos ambientes de atuação profissional, porém, a leitura dos Cadernos e as palestras aproximaram o grupo do conhecimento teórico que orienta a AB, para assim que, as práticas voltarem, os bolsistas possam retornar ao ambiente prático com um conhecimento fundamentado teoricamente e com o planejamento de ações pautadas nos documentos norteadores da AB.

A discussão dos Cadernos de Atenção Básica, fez com que os bolsistas despertassem um olhar ampliado quanto à saúde coletiva, rompendo com as visões individuais e focadas no cuidado especializado por áreas de atuação. Sempre atentando para o cuidado interdisciplinar e interprofissional, contribuindo para analisar e compreender a saúde de forma integral.<sup>11</sup>

Outro ponto fundamental ao longo do processo, foi o uso das plataformas virtuais como ferramenta educacional no momento atual, pois, possibilitou o encurtamento das distâncias; o acesso às aulas, palestras e seminários; produções científicas; congressos virtuais, oferecendo um leque de possibilidades de participação em diversas atividades.<sup>3</sup> O estudo de Goh e Sandars (2020)<sup>12</sup> ressalta que acadêmicos passaram a usar acentuadamente os meios digitais, fomentados por projetos de extensão, como tentativa de se manterem ativos e atualizados, podendo assim mitigar as perdas intelectuais no atual momento. Destacamos que as redes sociais se tornaram o principal instrumento de comunicação utilizado pelo PET PISC, tornando-se uma ferramenta educacional parte das ações de EPS, facilitando a comunicação e o processo de ensino-aprendizado entre os bolsistas, profissionais da saúde, docentes e acadêmicos.

## **CONCLUSÃO**

O momento pandêmico, possibilitou um aprendizado ainda mais instigante, ao exigir uma adaptação e domínio das TDIC para a realização dos encontros e das palestras, reforçando a importância de uma constante atualização e busca por conhecimento. As estratégias utilizadas foram fundamentais para o processo de formação dos bolsistas, demais acadêmicos e profissionais envolvidos, visto que as discussões proporcionaram maior

entendimento sobre as dificuldades de atuação profissional e conhecimento da complexidade de um tratamento eficaz e de qualidade aos usuários da AB.

O ensino remoto além de proporcionar conhecimentos em diferentes âmbitos da saúde coletiva, forneceu momentos de integração entre discentes da área da saúde de diversas instituições, onde a troca de experiências se tornou uma grande aliada durante esse processo diferenciado de ensino-aprendizagem. Mesmo o contato sendo através das plataformas digitais, ainda é possível proporcionar momentos de reflexão coletiva e fomentar estratégias para o cuidado humanizado e para a melhoria do atendimento nos serviços da AB. Por fim, ratifica-se a necessidade de ações de EPS entre os discentes e profissionais da área da saúde.

## **CONTRIBUIÇÕES**

Os autores contribuíram de modo equivalente na elaboração desse estudo, bem como na redação e revisão crítica do conteúdo.

## **FIANCIAMENTO**

Do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE).

## **REFERÊNCIAS**

1. Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, Codeço CT, Hallal PRC, Medronho RA, Struchiner CJ, Victora CG, Werneck GL. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? Rev Bras de Epidemiol. 2020; 23(2):1-4. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>
2. Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. Epidemiology and Health. 2020; 42(1): 1-11. DOI: <https://doi.org/10.4178/epih.e2020038>
3. Granjeiro EM, Musse JO, Peixoto TM, Nunes IV, Soares IMSC, Silva ICO, Carvalho TB, Dias YO. Estratégias de ensino à distância para a educação interprofissional em saúde frente à pandemia COVID-19. Rev Cient Sena Aires. 2020; 9(1):591-602. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.nesp1.p591a602>

4. Gomes VTS, Rodrigues RO, Gomes RNS, Gomes MS, Viana LVM, Silva FS. A pandemia da covid-19: repercussões do ensino remoto na formação médica. Rev Bras Educ Med. 2020; 44(4):1-2. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200258>
5. Morel APM. Da educação sanitária à educação popular em saúde: reflexões sobre a pandemia do coronavírus. Rev est lib. 2020; 2(3):30-38.
6. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. Esc Anna Nery Revista. 2017; 2(4):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317>
7. Torres OM, Balk RS, Souza NS, Corbette JSS, Rosa MF, Paiva RM. Dez anos do Programa Práticas Integradas em Saúde Coletiva na Unipampa: da trajetória às perspectivas. In: Balk RS (org.). Práticas Integradas em Saúde Coletiva: Um Olhar para a Interprofissionalidade e Multiprofissionalidade. Curitiba, Editora Appris. 2021; 1:19-24.
8. Silva KL, Fernandes JCC. Metodologias Ativas e o Lúdico: possibilidades de práticas de leitura em salas de aula. Res Soc Dev. 2020;9. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3694>
9. Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, Siqueira R, Lamego G. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. Interface Comunic, Saúde, Educ. 2018; 22(67):1257-1266. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0226>
10. Freitas DA, Santos SEM, Lima LVS, Miranda LN, Vasconcelos EL, Nagliate PC. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. Interface Comunic, Saúde, Educ. 2016; 20(57):437-448. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1177>
11. Ceccim RB, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9:161-167.
12. Goh PS, Sandars JA. Vision of the use of technology in medical education after the COVID-19 pandemic. MedEdPublish. 2020; 9(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.15694/mep.2020.000049.1>

## **Processos de trabalho e saúde mental: Um estudo com trabalhadores da Atenção Primária**

*Work processes and mental health: A study with Primary Care workers*

*Procesos laborales y salud mental: un estudio con trabajadores de Atención Primaria*

Paloma Isley Nogueira do Nascimento  
Ana Carolina Souza Torres

**RESUMO:** A psicodinâmica do trabalho investiga as condições e relações de trabalho, as vivências de prazer e sofrimento do trabalhador e suas estratégias defensivas. O objetivo deste trabalho foi analisar a influência dos processos de trabalho na saúde mental dos trabalhadores da Atenção Primária de um município do interior do Ceará. O estudo possui uma abordagem qualitativa, desenvolvido de outubro a novembro de 2020, em Morada Nova, no Ceará, onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com treze profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. O material empírico gerado foi transcrito e analisado pela técnica de análise de conteúdo do tipo temática. As categorias temáticas geradas foram: fatores que interferem na saúde mental dos trabalhadores; sofrimento psíquico e os recursos para evitar o adoecimento. Os resultados demonstraram que o cotidiano de trabalho gera sofrimento psíquico devido a fatores atrelados à rotina laboral, como a comunicação incipiente, ausência de apoio multiprofissional em casos complexos, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento dos trabalhadores. Evidenciou-se a necessidade de desenvolver ações voltadas para a saúde do trabalhador, considerando que esse público apresenta grau significativo de sofrimento psíquico pelas demandas do trabalho, conta com reduzidas iniciativas em defesa de sua saúde.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT:** Work psychodynamics investigates work conditions and relationships, workers' experiences of pleasure and suffering, and their defensive strategies. The objective of this study was to analyze the influence of work processes on the mental health of Primary Care workers in a city in the interior of Ceará. The study has a qualitative approach, developed from October to November 2020, in Morada Nova, Ceará, where semi-structured interviews were carried out with thirteen professionals from a Basic Health Unit. The generated empirical material was transcribed and analyzed using the thematic content analysis technique. The thematic categories generated were: factors that interfere with workers' mental health; psychic suffering and resources to avoid illness. The results showed that the daily work generates psychic suffering due to factors linked to the work routine, such as incipient communication, lack of multidisciplinary support in complex cases, work overload, lack of recognition by workers. The need to develop actions aimed at the health of the worker was evident, considering that this public has a significant degree of psychological suffering due to the demands of work, with reduced initiatives in defense of their health. **Keywords:** Worker's health; Mental health; Primary Health Care.

**RESUMEN:** La psicodinámica del trabajo investiga las condiciones y relaciones laborales, las experiencias de placer y sufrimiento de los trabajadores y sus estrategias defensivas. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de los procesos de trabajo en la salud mental de los trabajadores de la Atención Primaria de una ciudad del interior de Ceará. El estudio tiene un enfoque cualitativo, desarrollado de octubre a noviembre de 2020, en Morada Nova, Ceará, donde se realizaron entrevistas semiestructuradas con trece profesionales de una Unidad Básica de Salud. El material empírico generado fue transcrito y analizado mediante la técnica de análisis de contenido temático. Las categorías temáticas generadas fueron: factores que interfieren en la salud mental de los trabajadores; sufrimiento psíquico y recursos para evitar la enfermedad. Los resultados mostraron que el trabajo cotidiano genera sufrimiento psíquico debido a factores ligados a la rutina laboral, como comunicación incipiente, falta de apoyo multidisciplinario en casos complejos, sobrecarga de trabajo, falta de reconocimiento por parte de los trabajadores. Se evidenció la necesidad de desarrollar acciones dirigidas a la salud del trabajador, considerando que ese público tiene un importante grado de sufrimiento psíquico debido a las exigencias del trabajo, con reducidas iniciativas en defensa de su salud.

**Palabras Clave:** Salud del trabajador; Salud mental; Primeros auxilios.

## 1 INTRODUÇÃO

A psicodinâmica do trabalho realiza estudos sobre o adoecimento e sofrimento psíquico relacionado ao ambiente de trabalho, a dinâmica das organizações do trabalho e a subjetividade dos trabalhadores. Investiga a organização do contexto do trabalho, as condições e relações de trabalho, as vivências de prazer e sofrimento do trabalhador e como se configuram suas estratégias defensivas<sup>1</sup>.

O sentido que o sujeito atribui ao trabalho constitui subjetivamente a estrutura de sua identidade. Os indivíduos reagem de maneiras diferentes às dificuldades encontradas no ambiente do trabalho. Chegam com as suas subjetividades no trabalho buscando prazer e se deparam com a instituição com modelos distintos e rígidos. A organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações<sup>2</sup>.

Já o sofrimento no trabalho decorre de muitos atores e alguns se relacionam às repetições, obediência, não gerenciamento das suas atividades, falta de autonomia, rigidez, regras e autoridade, eliminando a subjetividade do sujeito<sup>3</sup>.

Além da própria desvalorização profissional e pessoal, por não conseguir atingir os objetivos propostos, fragilidade das relações de trabalho, desarticulação da equipe, a falta de noção do trabalhador quanto aos motivos de seu sofrimento o leva a atribuir eventuais falhas a si próprio ou a um colega de trabalho<sup>4</sup>.

A saúde mental apresenta conceitos influenciados por contextos sócio-históricos e pelas evoluções dos estudos e das práticas em saúde. O sujeito é visto como ser biopsicossocial, que busca evoluir em todas as áreas de sua vida<sup>5</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doenças ou de enfermidade”<sup>6</sup>. Levando em consideração a subjetividade humana e a complexidade do homem em seus âmbitos biológico, psicológico, social, vemos que a saúde é a busca do equilíbrio entre as problemáticas e as soluções mais acessíveis. Não sendo possível atingir a saúde completa em todos os âmbitos da vida.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) enquadra a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como um importante programa que reorganiza a Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Na PNAB, a APS é caracterizada por ações de saúde desenvolvidas de maneira individual e coletiva, que envolvem promoção e proteção da saúde, prevenindo agravos, realizando diagnósticos, tratamentos, reabilitação e manutenção da saúde dos usuários<sup>7</sup>.

A pesquisadora, inserida na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE), esteve em unidades da APS e pode observar e ouvir relatos de trabalhadores(as) que se afastaram do trabalho ou adoeceram neste ambiente. Com isso, percebeu a necessidade de identificar e discutir as questões de saúde mental envolvidas nessas situações.

A pesquisa apresenta relevância diante do número crescente de casos, em que trabalhadores da APS passam por sofrimento psíquico em seus cenários de prática, com chance de desenvolverem transtornos mentais, afastamento do local de trabalho, entre outros. Diante do exposto, o estudo e conhecimento das demandas existentes pode alertar para a problemática, contribuindo para a elaboração de estratégias de enfrentamento.

Considerando o contexto de sofrimento psíquico dos trabalhadores em questão, o presente estudo analisou a influência dos processos de trabalho na saúde mental dos trabalhadores da APS de um município do interior do Ceará. A pesquisa também identificou fatores do cenário de práticas que interferiram na saúde mental desses trabalhadores, bem como, caracterizou sinais e sintomas, físicos e psicológicos, que se apresentaram com maior frequência, refletindo sobre possíveis estratégias de cuidado.



## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Para Minayo<sup>8</sup>, a pesquisa qualitativa busca relacionar significados, motivações, intenções, convicções, princípios e condutas com base na realidade social vivenciada e interpretações pessoais dos envolvidos.

O estudo foi realizado na cidade de Morada Nova, no Ceará, localizada na região do Vale do Jaguaribe. O município compõe a 9ª Regional de saúde e contém 62.086 habitantes. A APS do município apresenta-se como principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenando o cuidado aos usuários e direcionando as ações e serviços disponibilizados na rede de saúde, com melhor resolubilidade das demandas encontradas. É constituída por vinte e cinco equipes de Saúde da Família, dez equipes de Saúde Bucal e duas equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

A pesquisa foi feita em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que fica localizada no bairro da Girilândia, denominada Girilândia I e II, que conta com duas equipes de trabalho na mesma UBS, uma de Saúde da Família e uma de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe de Saúde da Família Girilândia I abrange 871 famílias e 2.617 pessoas. A equipe de ACS Girilândia II abrange 755 famílias e 2.254 pessoas. A justificativa para escolha deste local de pesquisa se deve ao fato de ser o campo de prática e de atuação no território dos profissionais de saúde (residentes em Saúde da Família e Comunidade da Residência Integrada em Saúde da ESP-CE).

A produção de dados foi realizada nos meses de outubro a novembro de 2020. A pesquisa foi realizada com treze trabalhadores da saúde da equipe Girilândia, sendo quatro ACS, um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de Saúde Bucal, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. E Girilândia II, sendo três ACS.

Quanto aos critérios de inclusão, poderiam participar da pesquisa os trabalhadores de saúde que atuassem na UBS há, pelo menos, seis meses, visto que esse critério de limitação temporal evidenciaria experiência mínima relacionada com a vivência no campo de atuação, possibilitando participar de forma significativa na pesquisa. Foram excluídos do estudo os profissionais que durante a produção dos dados estivessem afastados de suas atividades laborais por motivo de férias e/ou licença.

Buscou-se a participação do maior número possível de trabalhadores, de categorias diferentes, permitindo a diversidade de olhares, sendo pelo menos uma categoria profissional de cada equipe.

A produção de dados se deu nas duas equipes, Girilândia I e Girilândia II por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e com questões que permitissem analisar a influência dos processos de trabalho na saúde mental dos trabalhadores da saúde. As entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra pela pesquisadora. A entrevista mostra-se uma técnica propícia para se obter informações do sujeito sobre o que ele sabe, acredita, espera, sente e deseja das suas vivências<sup>9</sup>.

Após a transcrição das entrevistas, o material foi analisado pelo método de Análise Temática (AT), uma das modalidades de Análise de Conteúdo (AC), destarte, realizou-se leitura aprofundada do material transcrito, e selecionou-se os trechos com as estruturas mais relevantes e ideias centrais (núcleos de sentido), agrupando-os e classificando-os em categorias temáticas<sup>8</sup>.

As entrevistas foram realizadas após o atendimento das exigências éticas e científicas, garantidas pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Saúde Pública do Ceará com o parecer nº 4.199.694.

Também foram garantidos na pesquisa o sigilo e o anonimato, por meio da utilização de códigos para representar os partícipes, os quais foram identificados por Profissional 01, Profissional 02, sucessivamente.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise do material empírico gerou as categorias temáticas: *Fatores que interferem na saúde mental dos trabalhadores; O sofrimento psíquico e os recursos para evitar o adoecimento.*

Os profissionais entrevistados foram doze mulheres e um homem, com idades entre 23 anos e 58 anos, com renda média entre dois e quatro salários-mínimos, em sua maioria casados, com escolaridade de ensino médio completo ao ensino superior completo. Onze trabalhadores atuavam há mais de cinco anos na atual UBS; e dois atuavam entre um e três anos.

#### **3.1 Fatores que interferem na saúde mental dos trabalhadores**

A escuta, o diálogo e o acolhimento são práticas fundamentais na criação e manutenção do vínculo com a comunidade, assim como são importantes para a organização do processo de trabalho em equipe, sendo quesitos essenciais para efetivar os cuidados humanizados. Auxiliam o desenvolvimento do afeto e da comunicação no ambiente laboral, propiciando aos profissionais prazeres no trabalho. Sua ausência pode proporcionar conflitos<sup>10</sup>.

De acordo com os entrevistados, um dos aspectos presentes no cotidiano de trabalho que dificulta o processo de trabalho e traz sofrimento é a falta de comunicação, como relatou o Profissional 1: *“é a questão da comunicação entre os profissionais mesmo aqui com a gente, por exemplo, desmarcou uma consulta para amanhã, aí amanhã a gente já tem que praticamente avisar que não vai acontecer mais, entendeu? Quer dizer, nós temos telefone, todo dia a gente passa no posto, então esse tipo de coisa ela me deixa um pouco para baixo, incomoda e as vezes eu passo um dia, dois assim pensando, um pouco chateada.”*

*“Com relação a minha área a parte negativa é assim, é porque as pessoas, a maioria tem o hábito de esconder a sua situação. Poderia muito bem ter chegado para mim, ter conversado para ver o que a gente poderia resolver, né?”*

O trabalho com equipes multiprofissionais na ESF tornou-se relevante para soluções mais satisfatórias e completas das demandas apresentadas pela população. Os diversos saberes tornam os serviços mais preparados para lidar com a subjetividade e complexidade das dores humanas. Tal demanda exige mudanças na atuação e na organização do trabalho<sup>11</sup>.

Os trabalhadores relataram a carência de uma equipe multiprofissional que possa dar suporte e intervir nos diversos casos complexos que se apresentam, como exposto pelo Profissional 2: *“A gente não consegue dar qualidade por conta da quantidade, a gente tem uma demanda muito grande, ela é toda reprimida (...) O ponto negativo mesmo é a gente não ter uma equipe multidisciplinar (...)”*.

O Profissional 8 acrescentou: *“Não ter condições de trabalho (...), nós não temos enquanto profissionais acessibilidade para poder ajudar o nosso paciente”*.

Eventos estressores relacionados ao ambiente de trabalho promovem um desequilíbrio entre as demandas existentes e os recursos que os trabalhadores têm disponíveis para gerenciar e executar as atividades<sup>12</sup>.

A crescente demanda da população acarreta uma sobrecarga de trabalho e cobranças nos profissionais, gerando desgaste físico e psíquico significativo nos mesmos, como

dito na narrativa do Profissional 11: *“A gente é muito cobrado, muito mesmo e assim a gente nota que eles exigem demais do trabalho da gente e não dão condições. A gente é muito cobrado e pouco reconhecido”*.

Os profissionais de saúde estão submetidos a uma rotina laboral atrelada a uma lógica que demanda por alta produtividade, advinda da gestão, e esse contexto se torna mais adverso por estar associado a um modelo em que ainda prevalecem ações fragmentadas e prescritivas nas práticas de cuidado em saúde, ancoradas no modelo biomédico, dificultando aos profissionais encontrar estratégias que ampliem o olhar ao processo saúde-doença-cuidado, vinculando-o à comunidade<sup>13</sup>.

Diversas dificuldades são apresentadas para realizar ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde, sendo esses os objetivos base da APS. Devido as ideias e cultura voltadas ao curativismo, conforme relatou o profissional:

*Que você tem uma responsabilidade muito grande, mas os pacientes não enxergam isso como tal. Aham que você é um mero prescritor, para encaminhar para um especialista. A gente tenta fazer uma promoção de saúde, eles não entendem. Você tenta fazer o seu melhor e eles não aceitam isso, e isso gera muito desgaste (Profissional 13).*

A prática desses dois modelos, relacionada à pouca preparação dos profissionais, que têm a maioria de suas práticas voltadas ao modelo biomédico, tem desenvolvido conflitos e ocasionado dificuldades na transformação de novos modelos de atendimento. Entre as dificuldades, destacam-se: pontos divergentes entre os profissionais e o desafio de exercer a alteridade no ambiente de trabalho, insuficiente apoio da gestão; população ainda sujeita ao curativismo, em que o cuidado é centrado na lógica de queixa-conduta, focando apenas na doença, e não olhando para o sujeito de forma integral; de atendimento por demanda espontânea, descaracterizando o cuidado preventivo e com atendimentos programados<sup>14</sup>; aumento da violência na comunidade, que produz medo e certa resistência para desenvolver o cuidado no território e limitações assistenciais<sup>15</sup>.

No tocante à saúde do trabalhador, a ideia de participação ativa dos trabalhadores advém da visão ampliada de saúde, que é imbricada com o processo de determinação social, o qual pode promover mudanças estruturais nas relações de poder que engendram as relações de trabalho, reduzindo formas de exploração e de alienação presentes nas relações sociais de trabalho, mitigando suas implicações na saúde das sociedades submetidas ao capitalismo. Dessa forma, busca-se a redução e controle dos

riscos, assim como a diminuição da carga de trabalho que pode expor o trabalhador da saúde a acidentes e doenças diversas<sup>16</sup>.

Segundo Glanzner, Olschowsky et al.<sup>10</sup>, os profissionais sofrem quando não conseguem suprir as demandas da comunidade, seja se autocobrando em suas ações ou pelas cobranças da comunidade.

A área da saúde é um espaço de demandas constantes e que exige responsabilidade dos profissionais em suas condutas, tornando assim uma conjuntura estressora e de sofrimento para os profissionais, como referido pelo Profissional 2: *“Excesso de responsabilidade e atividades (...)”*, acompanhado do Profissional 7: *“Sentia uma angústia, uma tristeza por muitas vezes não conseguir realizar muitas coisas pela sobrecarga de trabalho”*.

O esgotamento mental e a falta de reconhecimento podem ser ações que desenvolvam e potencializem o sofrimento dos trabalhadores. O esgotamento profissional apresenta-se por meio de frustrações, insegurança, inutilidade, estresse. Quanto à falta de reconhecimento pelas atividades desenvolvidas, está relacionada à injustiça, indignação e depreciação por não ter seu trabalho reconhecido<sup>10</sup>.

Esses são pontos que parecem surgir de forma recorrente no cotidiano dos profissionais, segundo seus relatos, demonstrando sua tristeza e aversão por tais práticas, como pontuou o Profissional 8: *“As pessoas mal-agraçadas, você faz o que não é de dever seu”*. E acrescentou o Profissional 7:

*A população é bem complicada, e muitas vezes não reconhecer o seu esforço, não entender que aqui a gente não é uma unidade de urgência e emergência, nós somos uma unidade básica de saúde (...). Então esse é um ponto que me afeta no ponto de frustração, né?! Poxa, a gente faz tanta coisa e mesmo assim a comunidade não reconhece* (Profissional 7).

### **3.2 O sofrimento psíquico e os recursos para evitar o adoecimento**

O trabalho realizado pelos profissionais ESF é um trabalho complexo, requer dos mesmos desenvolvimentos em diversas atividades e estar em constantes capacitações, apresentando alto grau de responsabilidade frente a população pela qual ~~que~~ são responsáveis. Dessa forma, percebe-se que os profissionais estão mais suscetíveis ao estresse, podendo gerar sofrimento psíquico<sup>12</sup>.

Um estudo realizado com trabalhadores de equipes multiprofissionais, em doze UBS em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, utilizando a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), mostrou que o fator esgotamento profissional apresentou resultado moderado para 45 % dos profissionais. Os itens com pontuação mais alta foram estresse e sobrecarga laboral<sup>10</sup>.

Relacionado a esses pontos, os trabalhadores relataram sinais e sintomas que indicam sofrimento dos mesmos por condições vivenciadas no ambiente de trabalho, mostrando que vivenciam situações de desgaste emocional e físico, como relatou o Profissional 3: *“Eu chorava muito aqui no posto, eu vinha muito aqui no posto chorar, lembro disso perfeitamente. Chorava, eu tinha medo de ficar na área (...)”*. Soma-se a esse outro depoimento do profissional:

*Eu já apresentei a sobrecarga de trabalho no começo do ano passado. E apresentei agora no começo da pandemia. Eu tinha uma dor muscular constante nas costas, insônia e muita dor de cabeça* (Profissional 7).

De acordo com Murcho, Pacheco & Jesus (2016), nos transtornos psicológicos estão incluídos os quadros de estresse, ansiedade, depressão, sendo os diagnósticos com maior prevalência. A depressão e ansiedade atingem um maior número de profissionais, associadas a sintomas somáticos. Esses transtornos podem gerar condições de sofrimento e diminuir a qualidade de vida social e laboral do indivíduo, gerando desgastes econômicos, sociais, emocionais e mentais<sup>17</sup>.

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), as doenças mentais são responsáveis por reduzir a capacidade da oferta de trabalho pelo aumento das licenças e exclusão vivenciadas por essas pessoas<sup>18</sup>.

Diversos aspectos interferem no quadro de adoecimento psicológico, afetando o autocuidado, a autoestima, o desenvolvimento pessoal e o equilíbrio emocional, conforme é percebido no relato do Profissional 8: *“Estresse. Meu estresse estava no limite já estava atrapalhando a minha vida pessoal, familiar em tudo. Tem horas que eu penso que eu sou incapaz, eu me acho incapaz. E quando eu estou muito, muito, muito... eu choro, choro, choro”*. No mesmo sentido, relatou o Profissional 11: *“Estressada (...) Aí estava alterando a minha pressão, estava dando dor de cabeça constante. E a médica falou que era estresse de tanto trabalho”*.

Transtornos psicológicos, uso abusivo de álcool e drogas, estresse, fadiga e esgotamento profissional estão se tornando cada vez mais comuns; e estudos mostram a

relação entre essas demonstrações do sofrimento humano e as maneiras atuais das organizações de trabalho<sup>18</sup>.

Transtornos graves estão sendo diagnosticados com maior frequência, gerando incapacidades e sofrimento nos trabalhadores, sendo necessário uso de tratamentos especializados, como foi referido na entrevista pelo Profissional 7: *“A questão do medo, eu fiquei com síndrome do pânico, então assim, foi bem complicado no período mais crítico da pandemia”*. O Profissional 12 também afirmou que: *“Eu tive um problema de ansiedade seríssimo que me fez tomar remédio, fazer terapia com psicólogo, fazer terapia ocupacional. Passar por psiquiatra. Sentia coração acelerado, medo (...)”*.

Diante do contexto de trabalho vivenciado na APS, os profissionais relataram vivenciar situações que geram sobrecarga emocional, podendo gerar uma síndrome, como relatado: *“Atualmente eu acho que estou até com burnout. (...) muita ansiedade, muita preocupação”* (Profissional 13).

A Síndrome do Esgotamento Profissional (SEP) pode ser desenvolvida a partir de características específicas do trabalho e do trabalhador com sobrecargas. Esses são pontos disparadores para o desenvolvimento da patologia de cunho ocupacional conhecida como *burnout*. Trabalho com altos níveis de estresse, rigidez nas mudanças, cobranças, conflitos recorrentes, podem trazer danos psicológicos e gerar o *burnout*<sup>19</sup>.

Condutas voltadas para estruturar, promover e prevenir a saúde mental dos trabalhadores da APS são de extrema relevância nos ambientes de trabalho. Diante disso, o desenvolvimento de práticas que possibilitem o fortalecimento dos trabalhadores, no intuito que identifiquem os fatores que geram sofrimento e adoecimento relacionado ao ambiente de trabalho, e que desenvolvam habilidades e recursos de resistência e enfrentamento aos estressores presentes no ambiente laboral<sup>18</sup>.

Os recursos de defesa podem ser coletivos ou individuais. Os coletivos relacionam-se à maneira como os trabalhadores se estruturam quando há o objetivo conjunto de retirar o gasto negativo que o trabalho lhes impõe. Para realizar essas estratégias é necessário a existência de colaboração entre os trabalhadores, confiança e solidariedade, permitindo chegar a um objetivo comum, promovendo um espaço de expressão para que possam dialogar coletivamente sobre seu sofrimento<sup>20</sup>.

Os recursos individuais são estratégias que os trabalhadores utilizam, muitas vezes de maneira inconsciente, para opor-se ao próprio sofrimento e ao sofrimento do outro no trabalho, ou racionalizar, evitar a angústia, sofrimento, medo e insegurança vividos no trabalho<sup>21</sup>.

Alguns dos recursos que podem ser utilizados são: grupos psicossociais onde se busca estimular os trabalhadores a discutir e entender suas condições de vida, de trabalho e de saúde, com o objetivo de evitar o isolamento, permitir o compartilhamento de experiências e fortalecer o enfrentamento das dificuldades encontradas no ambiente social e de trabalho. Tal estratégia visa estimular a autonomia e fortalecer coletivamente os trabalhadores<sup>18</sup>.

Outras estratégias que podem contribuir no processo de cuidado são as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), na qualidade de recursos terapêuticos aos trabalhadores. As PICS buscam a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral<sup>22</sup>, por meio de práticas como Reiki, meditação, massoterapia, entre outras. Tais práticas possibilitam fortalecer o autocuidado, desenvolver o bem-estar, proporcionar a integração de diferentes profissionais<sup>23</sup>.

Algumas PICS foram utilizadas na Residência, na unidade de pesquisa, nomeada “Sala do Cuidado”. Apresentaram resultados satisfatórios na percepção dos profissionais, conforme relatado por um dos entrevistados relatado: *“Quando é a próxima sala do cuidado, já estou precisando (Risos). É muito bom esse momento de cuidado, de interação com a equipe, eu me sinto muito bem. A gente ri, chora, se alegre”* (Profissional que participou da sala do cuidado).

Outro recurso potente é o Apoio Matricial, prática que viabiliza o suporte técnico especializado por meio de uma equipe multiprofissional, possibilitando qualidade e resolutividade das demandas mais complexas em saúde. No Apoio Matricial, podem ser trabalhados casos de adoecimento mental de trabalhadores para conscientizar os demais profissionais sobre a relação do trabalho com o sofrimento mental. O matriciamento relacionado à saúde do trabalhador pode ser considerada ação de educação permanente que auxilia o compartilhamento da responsabilidade de todos os envolvidos em cuidar da saúde dos trabalhadores<sup>18</sup>.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo mostrou-se relevante diante dos relatos produzidos pelas entrevistas com os profissionais. Possibilitou conhecer diferentes experiências vivenciadas pelos mesmos, propiciando momentos de escuta, acolhimento e validação dos seus sentimentos. Conferiu visibilidade às condições e vivências do trabalho no dia a dia. Experimentar a rotina de uma UBS como residente me permitiu reconhecer fatores



geradores de sofrimento para os trabalhadores. Sensibilizei-me com o sofrimento que muitos profissionais experienciam, buscando refletir sobre os recursos que pudessem aliviar seu sofrimento e melhorar suas práticas.

Uma limitação do estudo está na realização em uma única UBS, mostrando apenas um pequeno recorte dos aspectos psicossociais vividos pelos trabalhadores. Assim, seriam necessárias pesquisas em outros contextos para explorar a psicodinâmica do trabalho, as limitações e potenciais de outras realidades, revelando facetas não contempladas pela presente pesquisa.

Os profissionais, durante as entrevistas, relataram o cotidiano de trabalho, gerador de sofrimento psíquico devido a fatores atrelados à rotina laboral, como a comunicação incipiente, ausência de apoio multiprofissional em casos complexos, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento dos trabalhadores. Tais fatores podem ser discutidos e com isso contribuir para melhorias por meio das reuniões de equipe, orientadas pela educação em saúde aos profissionais. As ações de cuidado implantadas no cotidiano do trabalho também representam recursos potentes para que esses trabalhadores desenvolvam resistência e elaborem estratégias para lidar com os fatores adversos presentes na rotina de trabalho.

A pesquisa evidenciou a necessidade de se desenvolverem ações voltadas para a saúde do trabalhador. Trata-se de um público que apresenta grau significativo de sofrimento psíquico pelas demandas do trabalho, com reduzidas iniciativas em defesa de sua saúde, ocasionando adoecimentos físico e psicológico; e comprometendo diretamente os profissionais do SUS. Tais sujeitos requerem um olhar mais cuidadoso e ações específicas voltadas para o desenvolvimento e manutenção do bem-estar físico, mental e social.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira, LAF. O prazer-sofrimento psíquico no trabalho e a perspectiva de Christophe Dejours. *Rev Psicol Sab.* 2019;8 (11):360-369.
2. Mendes, AMB. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicol Cienc Prof.* 1995;15:34-38.
3. Freitas, DR. Sofrimento Psíquico do Trabalhador: os efeitos do novo capitalismo. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI], Ijuí; 2018.
4. Dejours, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré; 1992.
5. Gaiano, LV, et al. O conceito de saúde mental para os profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2018;14(2):108-116.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. 2017. [acesso em 20 jun. 2021]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> .
7. Macinko, J, Mendonça, CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 2018;42(1):18-37.
8. Minayo, MCS, Deslandes, SF, Gomes, R. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: RJ Vozes; 2009.
9. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.
10. Glanzner, CH, Olschowsky, A, Dal Pai, D, Tavares, JP, Hoffman, DA. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38(4).
11. Bezerra, RKC, Alves, AMCV. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família e seus principais desafios. *Rev Expr Catól Saúde.* 2019;4(2).
12. Moreira, IJB, et al. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Epidemiol Controle Infecç.* 2017;7(1):1-7.
13. Scherer, MDA, Oliveira, I, Carvalho, WMES, Costa, MP. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? *Interface.* 2016;20(8):691-702.

14. Esmeraldo, GROV, Oliveira, LC, Esmeraldo Filho, CE, Queiroz, DM. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. *Rev APS*. 2017;20(1).
15. Santos, MS, Silva, JG, Branco, JGO. O Enfrentamento à violência no âmbito da Estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30(2).
16. Porto, MFS, Martins, BS. Repensando alternativa em saúde do trabalhador em uma perspectiva emancipatória. *Rev Bras Saude Ocup*. 2019;44:1-10.
17. Murcho, N, Pacheco, E, Neves de Jesus, S. Transtornos Mentais Comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um Estudo de Revisão. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2016;15:30-36.
18. Souza, HA, Bernardo, MH. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais de Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2019;44(26).
19. Bezerra, CMB, Silva, KKM, et al. Prevalência do estresse e síndrome de burnout em enfermeiros no trabalho hospitalar em turnos. *REME – Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1232.
20. Glanzner, CH, Olschowsky, A, Duarte, MLC. Estratégias Defensivas de Equipes de Saúde da Família ao Sofrimento no Trabalho. *Cogitare Enferm*. 2018;23(2):1-8.
21. Dejours, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. In: Dejours, C, Abdoucheli, E, Jayet, C (Org.). São Paulo: Atlas; 1994, p. 55-72.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96p.
23. Barros, NF, Spadacio, C, Costa, MV. Trabalho Interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária a Saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate*. 2018;42(1):163-173.

# Uma epidemia de Câncer Relacionado ao Trabalho em Curitiba?

## Perfil dos casos entre 2012 - 2020

*An epidemic of Occupational Cancer in Curitiba?*

*Cases profile between 2012 - 2020*

*Una epidemia de Cáncer Profesional en Curitiba?*

*Perfil dos casos entre 2012 - 2020*

Daniele Malucelli  
Elver Andrade Moronte  
Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

**Resumo** O Câncer Relacionado ao Trabalho (CRT) é toda a neoplasia cujo surgimento tenha sua probabilidade aumentada pelas condições de trabalho. Curitiba-PR é a cidade com maior número de notificações deste agravo, um terço dos casos nacionais. Este artigo tem como objetivo apresentar e discutir o perfil epidemiológico do CRT a partir das notificações realizadas em Curitiba-PR entre os anos de 2012 e 2020. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, retrospectiva e de abordagem quantitativa, com coleta de dados por meio de fontes secundárias, advindas de 891 notificações de CRT do banco de dados do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município. Os trabalhadores adoecidos foram majoritariamente homens, com idade acima de 70 anos, de cor branca e com baixa escolaridade. A inserção laboral mais referida foi a de trabalhadores autônomos e por conta própria, com atuação na exploração agropecuária, tempo na profissão e de exposição acima de 30 anos, expostos principalmente a agrotóxicos e radiações não-ionizantes. Os tipos de câncer mais comuns foram de próstata, pele e rim. Conhecer o perfil epidemiológico do CRT é um passo necessário para atuação dos profissionais da saúde, a organização dos serviços e apoio às políticas que possam substituir processos associados ao câncer.

Palavras-chave: Câncer Ocupacional; Saúde do Trabalhador; Notificação de Doenças; Agroquímicos; Condições Sociais

**Abstract** Occupational Cancer is a neoplasm whose appearance is correlated to work conditions. Curitiba-PR has the highest notification numbers, one third of all notified cases in Brazil. The objective of this paper is to present and discuss the epidemiological profile of Occupational Cancer notifications made between 2012 and 2020 in that city. This is an exploratory, retrospective, and quantitative research. The data were collected through secondary sources, from 891 notifications of Occupational Cancer in the

database of the Workers' Health Reference Center. Our findings indicated that mostly men, over 70 years old, white, and with low education are affected. By and large employment status was that of self-employed, with jobs in livestock activity, over 30 years in their job position and over 30 years of exposure, mostly to pesticides and non ionizing radiation. The common types of cancer were: prostate, skin and kidney. The most frequent evolution of the disease was out of the treatment window and in progress. Regimen was inpatient treatment. Knowledge of the profile of Occupational Cancer is a necessary step for professional healthcare practice, services organization and support policies that can replace processes associated with cancer.

Key-words: Occupational Cancer; Occupational Health; Disease Notification; Agrochemicals; Social Conditions

**Resumen** El Cancer Profesional es cualquier neoplasia cuya aparición se ve incrementada por las condiciones de trabajo. Curitiba-PR es la ciudad con mayor número de notificaciones de esta enfermedad, un tercio de los casos nacionales. Este artículo tiene como objetivo presentar y discutir el perfil epidemiológico de el Cancer Profissional a partir de las notificaciones realizadas en Curitiba-PR entre 2012 y 2020. Se trata de una investigación retrospectiva exploratoria con um enfoque cuantitativo, con recolección de datos através de fuentes secundarias, provenientes de 891 notificaciones de Cancer Profesional de la base de datos del Centro de Referencia en Salud Ocupacional del municipio. Los trabajadores enfermos eran en su mayoría hombres, mayores de 70 años, blancos y con baja escolaridad. La inserción laboral más mencionada fue la de trabajadores por cuenta propia, trabajando en explotación agrícola, tiempo en la profesión y exposición mayor a 30 años, expuestos principalmente a plaguicidas y radiación no ionizante. Los tipos de cáncer más comunes fueron los de próstata, piel y riñón. Conocer el perfil epidemiológico del Cancer Profesional es un paso necesario para la actuación de los profesionales de la salud, la organización de los servicios y el apoyo a políticas que puedan sustituir procesos asociados al cáncer.

Palabras clave: Cáncer Profesional; Salud Laboral; Notificación de Enfermedades; Agroquímicos; Condiciones Sociales

## Introdução

O Câncer é a segunda causa de morte no Brasil e no mundo e se estima que de 5,3%<sup>1</sup> a 16%<sup>2</sup> dos casos sejam devidos à exposição ocupacional aos carcinogênicos. Seu nexo com o trabalho é dificultado pelo longo tempo de latência: entre exposição e fase clínica são de 20 a 50 anos para tumores sólidos e de 4 a 5 anos nas neoplasias hematológicas<sup>1</sup>.

O aumento da incidência dos casos de câncer no mundo tem sido associado ao envelhecimento global da população, ao prolongado tempo de exposição ambiental aos cancerígenos, à quantidade de novas substâncias inseridas no processo produtivo, em países centrais, e à insuficiente estrutura dos órgãos de controle para assegurar o cumprimento de normas relativas à saúde ocupacional em países periféricos<sup>2,3</sup>.

Os primeiros registros de notificação de CRT, no Brasil, datam de 2004 e este passa a ser um agravo de notificação compulsória desde 2005. A partir de 2011 a notificação torna-se compulsória para todas as unidades sentinelas em Saúde do Trabalhador (ST), sendo amparada, atualmente, pela Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017<sup>2,4</sup>. A rede sentinela é composta pelos Centros de Referências Especializados em Saúde do Trabalhador (CEREST), serviços de urgência e emergência, hospitais de alta complexidade, serviços de média complexidade hospitalares ou ambulatoriais e serviços de atenção básica que, por suas peculiaridades, demonstrem ser de interesse para a ST e, assim, credenciem-se na rede sentinela.

O Brasil conta com o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) que agrega dados das notificações de todo o seu território desde 2012 e é uma das fontes da plataforma *SmartLab*, organizada pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). A cidade de Curitiba-PR aparece como a que com maior frequência notificou o CRT, no período registrado, segundo o Observatório digital de Segurança e Saúde no Trabalho que também organiza as notificações por distribuição geográfica e série histórica<sup>4</sup>.

O Câncer, no entanto, é, no campo da ST, o agravo menos notificado no país e penúltimo no Paraná. Ainda assim, o município é responsável por cerca de um terço (31,9%) das notificações em todo o país, que notificou somente 2.810 casos em 14 anos, sendo que Curitiba notificou 897 casos nos últimos 9 anos<sup>4</sup>. Até 2014 a cidade havia notificado 5 casos de CRT, desde então as notificações variaram entre 38 e 321 por ano, uma incidência superior à esperada em relação à série histórica local e em comparação com outros municípios. Epidemia é a “elevação do número de casos de uma doença ou agravo, em um determinado lugar e período de tempo, caracterizando, de forma clara, um excesso em relação à frequência esperada”<sup>5</sup>, e apesar de ser a situação aqui encontrada, a subnotificação majorada dos agravos em ST é reconhecida e a série histórica em evolução dificulta a determinação da frequência esperada<sup>6,7</sup>.

Em um cenário de baixa notificação, a análise dos dados de Curitiba, pode fornecer informações importantes sobre o perfil daqueles que adoecem. Assim, o presente estudo tem o objetivo de apresentar e discutir o perfil epidemiológico do CRT a partir das notificações realizadas em Curitiba entre os anos de 2012 e 2020. Espera-se que o debate, a partir das informações do perfil epidemiológico, possa subsidiar a

elaboração de estratégias de avanço na prevenção e, assim, diminuir os processos de adoecimento por este agravo.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva, retrospectiva e com abordagem quantitativa, com coleta de dados por meio de fontes secundárias, advindas das fichas de investigação de CRT entre 2012 e 2020, contidas no banco de dados do CEREST do município.

As 891 fichas de notificação receberam tratamento no *Excel* de modo a transformar variáveis contínuas em categóricas (como a data de notificação, diagnóstico e nascimento, tratadas para informar faixa etária e tempo entre diagnóstico e notificação). Os códigos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes ao município de trabalho e moradia, foram agrupados por cidades, regiões e estados. O código brasileiro de ocupações (CBO) e o código da atividade econômica (CNAE) foram agrupados por frequência de áreas, seguindo divisão organizativa do IBGE. Os códigos internacionais de doenças (CID-10) foram agrupados segundo tipologia e região acometida. Dos 55 campos de preenchimento da ficha de notificação, foram escolhidos 23 campos para categorização, bem como o espaço para observações, analisado conforme frequência das palavras e termos. Como critério para escolha dos campos foi evitado a coleta de dados redundantes, como data de nascimento e idade, e excluídos dados de caráter privado, como nome e filiação, endereço e dados de contato, para assegurar os preceitos éticos da pesquisa. Os 23 campos foram tratados em 41 identificadores, uma vez que alguns campos geraram informações que valiam detalhamento, como a substância de exposição que de 1 campo gerou 17 identificadores. Os identificadores foram legendados em sua categorização, e então submetidos à análise pelo software EpiInfo 7.2.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em saúde da UFPR (CAAE 32662920.2.3001.0101) e pelo comitê de ética em pesquisa da SMS Curitiba (Protocolo SMS 119/2020).

## **Notificações de Câncer Relacionado ao Trabalho**

Segundo o Ministério da Saúde (MS), CRT é “todo caso de câncer que tem entre seus elementos causais a exposição a fatores, agentes e situações de risco presentes no ambiente e processo de trabalho”<sup>8</sup>. São documentos de referência técnica no assunto as “Diretrizes para Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho”<sup>2</sup> (2012) , “Atlas do Câncer Relacionado ao Trabalho no Brasil”<sup>9</sup> (2018) e “Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos. Toxicológicos e regulatório”<sup>1</sup> (2021).

A cada ano são atualizadas as listas com os fatores de risco, como os diversos tipos de radiação e as substâncias envolvidas na etiologia do câncer. A *International Agency for Research on Cancer* (IARC) aponta que existem 121 substâncias conclusivamente carcinogênicas, 89 prováveis carcinogênicas e 318 possíveis carcinogênicas para humanos<sup>10</sup>.

No Brasil, a notificação do CRT é compulsória aos serviços sentinelas. Destaca-se que a maior frequência de notificações de CRT no Paraná pode estar relacionada à complementação normativa pelo Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST) que por meio da nota técnica 001/2014 estabelece que todos os serviços de saúde devem notificar os agravos em ST constantes na lista nacional de agravos<sup>11</sup>. Em Curitiba, a concentração de serviços hospitalares de referência ao tratamento de câncer e a organização local da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) concentram na capital a maioria das notificações dos agravos da área.

A análise destas notificações encontra em Curitiba um cenário particular de estudo devido à sua relevância no que tange as notificações de agravos à ST- foi o segundo município que mais notificou casos de agravos relacionados ao trabalho, atrás apenas de São Paulo, e o primeiro na notificação do CRT até o momento<sup>4</sup>.

A investigação das 891 fichas de notificação registradas no banco de dados Sinan, pelo CEREST do município, nos trouxe informações a respeito do perfil sociodemográfico, da inserção laboral, tipologia e evolução do CRT que apresentaremos a seguir.

### **Perfil sociodemográfico**

Quanto ao perfil sociodemográfico, encontramos uma população majoritariamente masculina: 70% assinalaram ser do sexo masculino contra 30% de mulheres. Cabe comentar que não houve notificação de gestante com CRT. A raça/cor



mais indicada foi a branca, em 79,12%, seguida por 19,19% negra/parda, 0,22% amarela (2 casos) e 0,11% indígenas (1 caso), ainda foi dada como ignorada em 1,23% das fichas. Optamos por unir as categorias negro e pardo devido a forma como é assinalada, com a inferência do entrevistador ao invés do questionamento para autodeclaração. Também cabe considerar a discussão conceitual entre os termos negro, preto e pardo, sendo este último considerado por alguns uma tentativa de apagamento de negritude na continuidade do argumento da mestiçagem<sup>12</sup>. Mesmo a categoria indígena pode ser identificada como parda, ou não-branco, indicando que processos de valorização que levam os indivíduos a se autodesignarem em dada raça e cor estão prejudicados. Amarelos e indígenas apresentaram baixíssima frequência, e mantivemos tais categorias separadas para melhor apreensão.

Para comparação, no ano de 2010 os residentes de Curitiba brancos representavam 78,88% da população; negros (incluindo pardos) 19,64%; amarelos 1,47% e indígenas 0,15%<sup>13</sup>, frações que se assemelham à composição encontrada em nossa pesquisa. Os amarelos, diferentemente, apesar de representarem 1,47% dos residentes, compõem 0,22% dos casos de CRT, o que pode indicar tanto inserções laborais quanto condições de vida menos desfavoráveis.

Na Inglaterra, homens brancos e negros têm maior chance de desenvolver câncer que os asiáticos, mulheres brancas maior chance que as negras e asiáticas<sup>14</sup>. Em 1991, negros desenvolviam câncer ocupacional com maior frequência que os brancos nos EUA<sup>15</sup>. A composição racial e as desigualdades étnicas diferem entre esses países e o Brasil, motivo que dificulta transpor esses resultados.

A faixa etária mais frequente foi do grupo acima de 70 anos, 34,01% dos casos; seguida pelos trabalhadores com idade entre 60 e 69 anos, em 31,54%; entre 50 e 59 anos, em 20,2%; e entre 40 e 49 anos, em 10%; somando 95,75% da amostra com mais de 40 anos. Como o câncer é uma doença de latência prolongada, o achado está de acordo com o esperado para uma população com exposição crônica aos carcinogênicos. Em levantamento sobre os casos de mesotelioma, entre 1980 e 2010 no Brasil, os acometidos pela doença pertenciam à faixa etária próxima ao do presente estudo: mais que 50 anos em 80,7% dos casos<sup>16</sup>.

Quanto à escolaridade, 54% dos notificados haviam cursado o ensino fundamental incompleto, seguido por ensino fundamental completo (15%), ensino médio completo (14%), analfabetos (9%), ignorados ou em branco (5%) e ensino

superior (3%). De todo, trata-se de uma população com baixíssima escolaridade, o que reflete o panorama de acesso à educação formal na época em que tais pessoas estavam em idade escolar e na sua possibilidade de inserção laboral posterior, como veremos adiante, exemplificada por vínculos precários, na área agropecuária, construção civil e de apoio à produção. Estudo na Índia encontrou associação de risco entre menor escolaridade e ocorrência de câncer, com maioria de analfabetos seguida com menos de 5 anos de estudo<sup>33</sup>. No mesmo período, a escolaridade de 37,25% dos que trataram câncer no Brasil foi ensino fundamental incompleto<sup>17</sup>, indicando a possibilidade do peso da escolaridade para aqueles com CRT.

Quanto à residência, 93,64% da amostra declarou-se moradores de área urbana, 5,45% de área rural e 0,45% de área periurbana. Em 0,46% tal informação foi deixada em branco ou ignorada. A cidade de moradia mais frequente foi Curitiba (51%), seguida pela região metropolitana da mesma cidade (26%) e outras cidades do Paraná (22%). Como a amostra é do CEREST da capital paranaense, o esperado seria que todos os notificados ali residissem. As cidades da região metropolitana possuem referências técnicas em ST, porém o serviço de Curitiba têm um histórico de organização maior e alcance proporcional. A resposta se dá sobre o local atual de moradia, e pode ocultar o processo de migração de áreas rurais para as capitais, que aconteceu massivamente. Também há possibilidade de, por terem sido entrevistadas em ambiente hospitalar, que tenham estabelecido moradia na região urbana devido ao tratamento médico, uma vez que a cidade conta com hospitais de referência para a região.

### **Quem e quando notifica**

Os dados de proveniência das fichas trazem informações sobre o perfil das unidades notificadoras, influenciando nas estratégias para fortalecimento das ações da VISAT. A principal unidade notificadora foi um hospital universitário privado, responsável por 65,77% das fichas, seguido por um hospital universitário público, com 29,18%, e por um hospital filantrópico com 3,82%. Houve ainda 7 notificações advindas de outro hospital particular (que presta serviços ao SUS), 2 ocorrências provenientes de um ambulatório de curso da área de saúde e 1 investigação direta pelo CEREST. Este último compõe a rede sentinela, e em alguns municípios mantém serviços ambulatoriais, o que não é o caso de Curitiba, onde não há atendimento direto aos trabalhadores pelo

CEREST, que desenvolve retaguarda técnica especializada, apoio matricial e educação permanente.

Os hospitais, serviços de média e alta complexidade, ou de atenção básica, que compõem a rede sentinela, notificam e incluem os dados das fichas de investigação no Sinan. Todos os casos notificados passam por uma segunda avaliação técnica, sobre a relação entre o câncer e o trabalho, e de consistência do preenchimento da ficha, para depois serem confirmados ou descartados pelo CEREST.

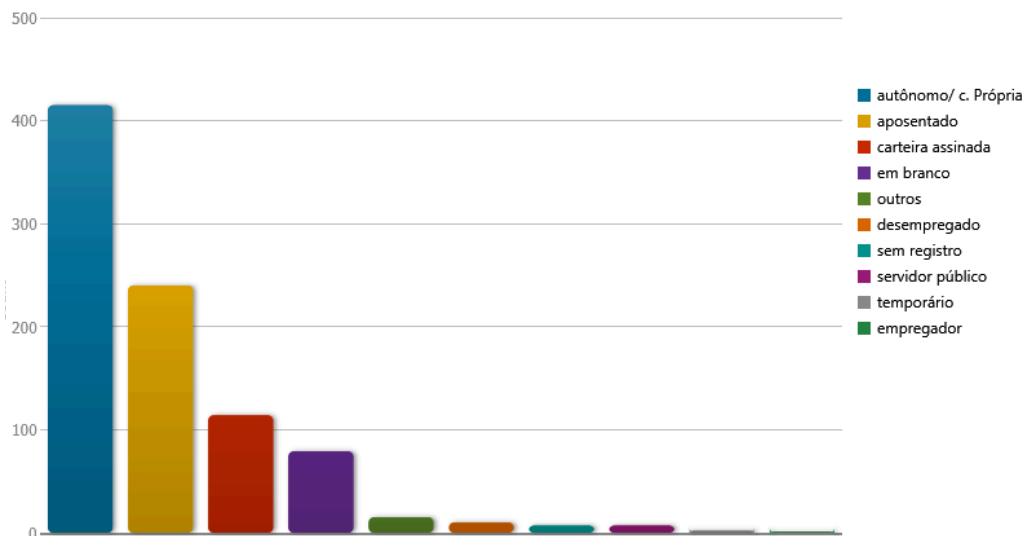
A exígua variedade de fontes notificadoras demanda investigação dos motivos que levam poucas instituições a cumprirem o dever de notificar, em uma capital com serviços terciários de tratamento oncológico e em saúde do trabalhador, de referência em todo o estado do Paraná. Uma vez que a maioria das unidades notificadoras foram hospitais, o regime de tratamento mais descrito também foi o hospitalar (88% dos casos).

O tempo entre diagnóstico e notificação foi até 30 dias em 27,27% dos casos, entre 31 dias e 1 ano em 43% e entre 1 e 5 anos em 21% dos casos e em 8,73% da amostra a notificação ocorreu acima de 5 anos do diagnóstico. Cabe destacar que entre esses últimos estão as notificações provenientes de análises de prontuários, feitos por um hospital universitário público, de forma a resgatar os casos antigos que pudessem ser notificados. Esse resgate aconteceu somente nesse momento. Considerando que a notificação do agravo deve ser realizada em até 7 dias à Secretaria de Estado da Saúde, o longo tempo entre diagnóstico e notificação é um indicativo de que a suspeita do nexo entre o adoecimento e o trabalho é levantada após o indivíduo passar por vários profissionais e da dificuldade destes em realizar a notificação, situação que sugere a necessidade de organização institucional e capacitação de pessoal.

### **Inserção Laboral**

Sobre sua situação no mercado de trabalho, 46,52% referiu ser autônomo; 26,97% se identificou como aposentado; 12,92% trabalha com carteira assinada e 8,88% das fichas estavam com o campo em branco ou ignorado, como observamos no Gráfico I. A categoria “aposentado” é descrita pelo IBGE como uma variante de rendimentos, e não de ocupação e situação de trabalho.

Gráfico I – Situação no mercado de trabalho



Fonte: os autores, 2021

A quantidade de pessoas acima de 14 anos que trabalham por conta própria em Curitiba e região metropolitana variou entre 17,9% e 25,3% da população ocupada entre os anos de 2012 e 2020, diferença significativa para os notificados. O IBGE também utiliza a categoria “trabalhador familiar auxiliar”, pessoas que auxiliam familiares sem retorno financeiro estabelecido, que representou entre 0,2% e 0,7% da população no mesmo período. No Paraná, os trabalhadores sem registro em carteira entre 2012 e 2020 oscilavam entre 12,2% e 15,8%<sup>18</sup>. Somando todas essas categorias em suas maiores frações, ainda encontraríamos um valor inferior (41,84%) ao da nossa amostra (45,52%).

Estudo sobre o perfil dos adoecidos por câncer nos EUA em 2005 encontrou 54,5% de trabalhadores por jornada e por conta própria, o segundo status ocupacional mais comum foi de aposentado (26,1%)<sup>19</sup>. Na Finlândia, estar em emprego temporário e desempregado foi relacionado com risco respectivamente 1,7 e 2,17 vezes maior para óbito por câncer<sup>20</sup>. Esses estudos, assim como o nosso, demonstram que o adoecimento por câncer ocorre com maior frequência entre autônomos e trabalhadores por conta própria que na população em geral.

O ramo de atividades da empresa, indicado pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) não foi preenchido em 97,08% das notificações, e houve 9 ocorrências na indústria de transformação e 7 na de transporte, com menos de 1% de representatividade na amostra.

Os trabalhadores foram indicados como terceirizados em somente 3 notificações, sendo a maioria das respostas negativas (47,03%), seguida por “não se aplica” (27,38%). Em 25,25% dos casos a questão foi deixada em branco. O IBGE identificou em 2015 que a fração de trabalhadores contratados de forma intermediária, como terceirizados, no Sul foi de 16%<sup>21</sup>. Considerando que a maioria dos trabalhadores identificou trabalhar como autônomo/conta própria ou estar aposentado, um universo menor de trabalhadores que respondam que a empresa que o contrata é terceirizado é esperado. Ainda assim, considerando os trabalhadores com carteira assinada e mantendo a proporção de terceirizados da região, seriam esperadas 19 ocorrências para essa amostra.

A questão do endereço e município em que exerce o trabalho permaneceu em branco em 76% das notificações, sendo Curitiba (10%) e sua região metropolitana (3%) as respostas mais frequentes. É possível que tenham sido vários os locais de trabalho que contribuíram para o adoecimento, ou, ainda, que a exposição tenha ocorrido há muito tempo, dificultando a recordação. Também pode haver, por parte dos trabalhadores, receio de represálias caso ocorra uma fiscalização em seu atual emprego.

Quando questionados sobre o tempo que ficaram expostos às substâncias, 30% respondeu períodos acima de 30 anos, 20% entre 20 e 30 anos e 25% entre 10 e 20 anos. Em estudo de caso controle com indivíduos que desenvolveram câncer de pele não melanoma em São Paulo, a exposição solar ocupacional ocorreu em 70% da amostra, com tempo médio de profissão e exposição de 38 anos<sup>22</sup>. Na capital paulista foi conduzido estudo de caso com adoecidos por câncer de pulmão, acusando relevância estatística na exposição ocupacional acima de 10 anos, com maiores riscos na indústria metalúrgica, de cerâmica e têxtil<sup>23</sup>.

A resposta de há quanto tempo exerce a profissão revelou que a maioria dos trabalhadores são experientes, com 38% das respostas indicando que trabalham há mais de 30 anos na ocupação. O achado é condizente com o longo período de exposição e latência da maioria das neoplasias e indica a possibilidade de que parcela importante de aposentados mantém sua atividade laboral anterior<sup>9</sup>.

Quanto ao hábito de fumar, esteve presente em 18% dos trabalhadores e outros 43% relataram ser ex-tabagistas. Com relação à duração do tabagismo, foi de até 5 anos para 49,83% da amostra e em 4,15% dos casos foi acima de 5 anos. Na Inglaterra, 14% da população era tabagista em 2018, porém trabalhadores manuais

tinham o dobro de chances de ser fumante em comparação com a população em geral<sup>24</sup>. O questionamento sobre hábitos de vida está presente nas entrevistas ocupacionais e é trazido como fator de confundimento devido às bem conhecidas propriedades cancerígenas do tabagismo e sua prevalência na população<sup>25</sup>. Em estudo conduzido na Espanha, os trabalhadores expostos à cancerígenos no trabalho também eram os que com maior frequência usavam tabaco (44,7%), indicando uma possível influência da exposição insalubre sobre os hábitos de vida, indicando-se atentar para interferência de outros aspectos sócio-demográficos<sup>26</sup>. Em nossa população percebemos frequência de tabagistas próxima a de outros estudos, com 4,15% fazendo uso crônico, o que diminui o confundimento por esse hábito no nexos com o CRT. Porém, trabalhadores manuais e expostos a cancerígenos podem ter esse hábito acima da população em geral e este deve ser um item de questionamento.

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) foi emitida em 15 casos o que representa 2% da amostra, sendo a resposta “não” a mais frequente (64%), seguida por “não se aplica” (23%) e “ignorado” (11%). A baixa frequência com que é emitida a CAT pode ser resultado do entendimento de uma parte dos profissionais de que a função da CAT é unicamente previdenciária, possivelmente fora de suas competências. Além disso, as opções “não se aplica” e “ignorado” serem as 2ª e 3ª respostas mais comuns sinalizam uma posição de que esta não seria uma atribuição do profissional de saúde – afinal se uma CAT não foi realizada seria esperado que o próprio serviço a emitisse. No ano de 2009 foram emitidas 51 CAT por CRT em todo o Brasil; em 2017 foram 5 CAT para neoplasia maligna de pele como doença relacionada ao trabalho, sendo o único câncer que consta nos 200 CID-10 mais incidentes dentre os acidentes de trabalho, sinalizando a concordância de baixa emissão entre a nossa amostra e a população acometida em geral<sup>2,27</sup>.

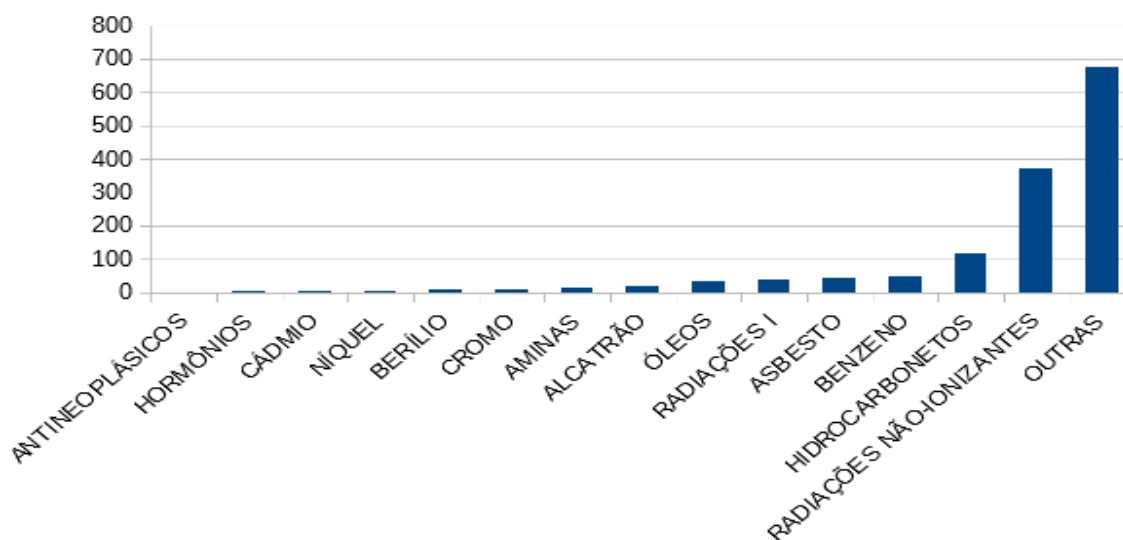
Quanto à ocorrência da doença em outros colegas de trabalho, 72% das notificações assinalaram esse campo como ignorado e 7 responderam afirmativamente. Pode haver influência da situação de trabalho prevalente, autônomo e por conta própria, para os quais os vínculos com outros trabalhadores tendem a ser temporários. A quantidade de aposentados na amostra pode, também, indicar distanciamento entre antigos colegas de trabalho que podem adoecer em época de aposentadoria dificultando a ciência do fato pelos demais.

A evolução mais frequente da doença foi em progressão e fora da janela de tratamento (23%). Foram a óbito 62 pessoas (7%) até fechamento da notificação. Na maioria das fichas este campo estava em branco, o que ocorreu em 48% dos casos. Em estudo retrospectivo nos registros hospitalares de câncer entre 1983 e 2008, o câncer de próstata - tipologia mais frequente entre os notificados - evoluiu para “em progressão e fora de possibilidade terapêutica” em 36,5% dos casos e para óbito em 26,7% dos pacientes<sup>28</sup>. Cabe diferenciar que a notificação aqui é realizada em um momento de contato com o trabalhador, enquanto a metodologia do registro hospitalar de câncer classifica a evolução após 1 ano da primeira consulta hospitalar. Esse pode ser o motivo dos casos de CRT obterem uma evolução comparativamente mais branda aqui e de cerca da metade das fichas manterem o campo evolução em branco.

### Ocupações atingidas e tipologia

Quanto aos agentes reconhecidos na exposição, além de uma lista taxativa em que o profissional questiona diretamente se a exposição ocorreu, há um campo aberto em que é possível citar outros agentes. No Gráfico II observamos a frequência absoluta de respostas quanto ao contato com os agentes listados.

Gráfico II – Distribuição da frequência absoluta de substâncias de exposição

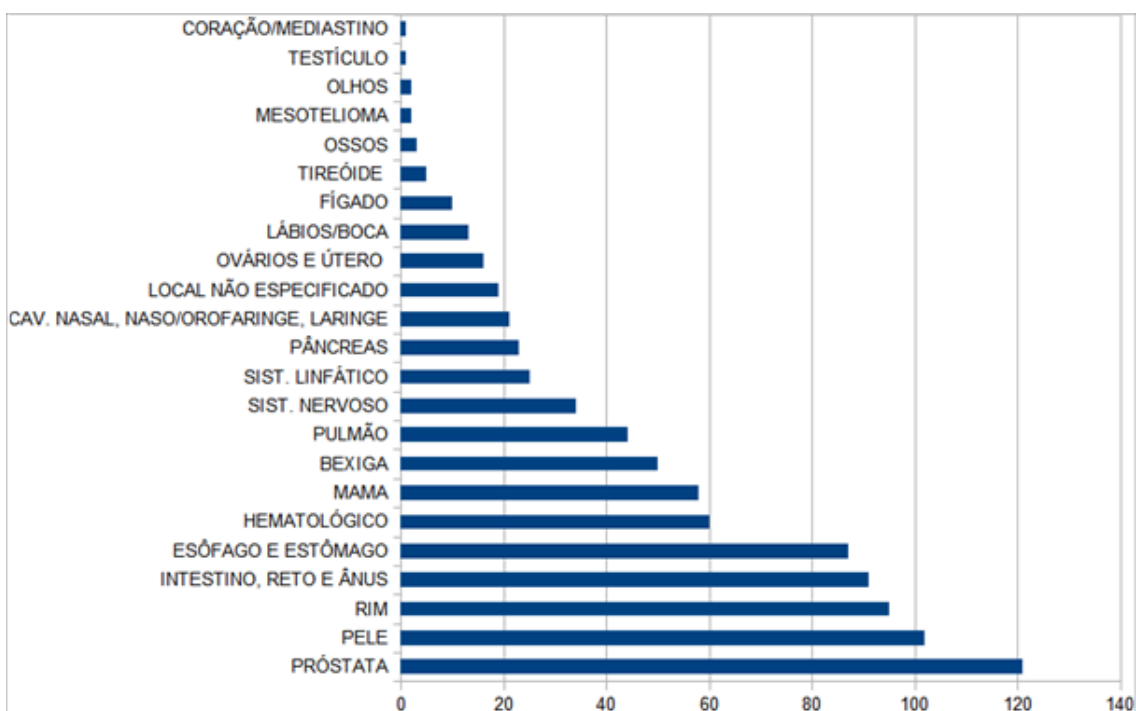


Fonte: os autores, 2021

Em estimativa de substâncias e condições carcinogênicas a que os trabalhadores da União Europeia estavam expostos, a radiação solar foi a exposição isolada mais comum, atingindo 9,1 milhões de trabalhadores<sup>29</sup>. No Canadá, a exposição à luz solar é a







Percebe-se que os 6 tipos de câncer mais prevalentes abrangem 62,5% dos casos, havendo registro na literatura de que o câncer de próstata, rim e os hematológicos têm associação positiva com a exposição a agrotóxicos. Próstata e rim também são locais atingidos pela doença quando da exposição ao benzeno e combustão de outras aminas aromáticas. O câncer de pele tem relação direta com a exposição solar, considerada radiação não-ionizante pelo instrumento de notificação do Sinan, sendo condição que se estabelece, com frequência, na prática de atividades agropecuárias. O câncer de intestino, reto e ânus, bem como o de esôfago e estômago, têm associação com a exposição a óleos minerais e a poeiras produzidas na construção civil<sup>2,1,9,31</sup>. No Canadá, o acompanhamento dos trabalhadores rurais, ocupação mais frequente em nosso estudo, confirmou associação da atividade com desenvolvimento de câncer de próstata, linfoma não-hodgkin, melanoma e de lábios<sup>32</sup>. Outro estudo encontrou associação do câncer de próstata, o tipo mais comum em nossa amostra, com as profissões da área administrativa, agropecuária, serviços de segurança (pública e privada) e no transporte /produção primária<sup>33</sup>.

Obtivemos informação das profissões segundo seu código na Classificação Brasileira de Ocupações, utilizando ao menos 3 níveis de descrição da classificação, resultando em 36 agrupamentos profissionais, sendo as mais frequentes produtores na

exploração agropecuária, trabalhadores da construção civil e indústria extrativista, condutores de veículos e operadores de movimentação com carga e assistentes/armazenistas na indústria e no apoio à produção, conforme demonstra a Tabela I com as 10 ocupações mais comuns.

Tabela I - Distribuição das frequências absolutas e relativas da variável ocupação

Ocupação	Frequency	Percant	Cum. Percant	Wilson 95% LCL	Wilson 95% UCL
EXPLORAÇÃO AGROPECUÁRIA	421	47,25%	47,25%	43,99%	50,53%
IND. EXTRATIVA/ CONST. CIVIL	76	8,53%	55,78%	6,87%	10,55%
ASSIST./ARMAZENISTAS APOIO À PROD.	62	6,96%	62,74%	5,47%	8,82%
COND. VEÍCULOS/OP. CARGAS	62	6,96%	69,70%	5,47%	8,82%
APOSENTADO	44	4,94%	74,64%	3,70%	6,56%
TEC. EM METAL/SIDERURGIA	39	4,38%	79,01%	3,22%	5,93%
COMERCIÁRIOS/VENDEO.	21	2,36%	81,37%	1,55%	3,58%
MANUT. MECÂNICA	21	2,36%	83,73%	1,55%	3,58%
CABELEIREIRO/ SERV. DE ESTÉTICA	17	1,91%	85,63%	1,19%	3,03%
MARCEIRO/ TRAB. IND. MADEIR.	16	1,80%	87,43%	1,11%	2,90%

Fonte: os autores, 2021

Segundo o IBGE, os trabalhadores ocupados em atividades agrícolas no Paraná variam entre de 11,61% a 12,43% a partir de 2012<sup>34</sup>, fração bem distante dos 47,25% encontrada entre aqueles notificados por CRT. Há o fenômeno de migração rural-urbana ocorrido na década de 60, processo do qual os trabalhadores desta amostra podem ter feito parte, relatando histórico de trabalho em atividades agrícolas. As mesmas estão associadas ao uso de agrotóxicos, substância de exposição mais descrita por nossa população. Este achado está em consonância com as intoxicações por agrotóxicos, em que o Paraná é o primeiro em notificações no Brasil, e com as circunstâncias laborais de “uso habitual” e “acidental” mais frequentes para esta intoxicação. Enquanto as intoxicações agudas exigem hospitalização e são mais facilmente captadas pelas vigilâncias em saúde, a intoxicação crônica é silenciosa e seu adoecimento invisibilizado<sup>35</sup>. Em estudo sobre trabalhadores rurais e o uso de agrotóxicos na Bahia, mais da metade utilizava pesticidas, armazenados de maneira inadequada, sem registro para a atividade desenvolvida e 28% não utilizava qualquer equipamento de proteção individual, processos de trabalho que podem ser semelhantes ao dos trabalhadores de nossa amostra.<sup>36</sup>

## Modelo de desenvolvimento e adoecimento

Nesse cenário percebemos o adoecimento de trabalhadores ocupados na exploração agropecuária e também porcentagem importante daqueles que trabalham de

maneira informal. O Brasil tem intensificado seu papel como país agroexportador de *commodities* e o Paraná se destaca nessa produção, que representa mais de um terço do PIB paranaense<sup>37</sup>. A indústria voltada para o consumo interno é escassa e os investimentos no setor público estão encolhendo, o que possibilita a existência crescente de ocupações precárias para sua população.

Como as *commodities* são produzidas de maneira intensiva e em monoculturas, fertilizantes e agrotóxicos são utilizados sucessivamente. Atualmente maior consumidor mundial de agrotóxicos, o Brasil também é uma peça central nos interesses das corporações que produzem tais mercadorias<sup>38</sup>. Os interesses econômicos envolvidos encaminham para um agravamento da situação - em 2019, foram liberados 51 agrotóxicos e 503 novos produtos usados na exploração agropecuária. Segundo a ANVISA, um terço desses produtos são extremamente tóxicos para saúde humana, sendo que 40% deles são proibidos na União Europeia<sup>35</sup>.

A permissividade do uso dos agrotóxicos, no Brasil, reflete-se, também, nos limites de resíduos tolerados. O limite estabelecido para os resíduos de glifosato na água, por exemplo, é, no Brasil, 5000 vezes maior que o adotado na União Europeia e não há qualquer evidência científica de que os brasileiros sejam mais resistentes aos efeitos deletérios daquele produto em relação aos europeus<sup>35</sup>.

Nos últimos 30 anos a reestruturação produtiva avança sobre as garantias legais trabalhistas e sociais, precarizando trabalhadores urbanos e rurais. Com condições de vida fragilizadas e poucas possibilidades de inserção laboral formal, cresceu nesse período a intensificação do trabalho, a jornada de trabalho e exposição aos riscos<sup>40</sup>. Ao lado da desregulamentação de normas no âmbito de saúde e segurança, estratégias de sufocamento por gestão e provimento de recursos dos órgãos responsáveis pela fiscalização de tais condições são postas em prática<sup>41</sup>.

Com esse panorama e serviços de VISAT com estrutura abaixo da necessária para cobrir tal complexidade, as subnotificações dos agravos relacionados ao trabalho, e em especial do câncer, continuam.

## **Considerações finais**

Justamente pelas notificações de CRT apresentarem uma frequência longe da ocorrência real do agravo, as informações sobre a população acometida e a causalidade

desse processo de adoecimento são igualmente escassas. Podemos perceber um perfil de adoecimento predominante de homens, cor branca, acima de 65 anos, de baixa escolaridade, com vínculos de trabalho precários, que trabalharam na extração agropecuária, expostos à radiação solar e a agrotóxicos e que desenvolvem câncer de próstata, pele e rim. Este perfil de adoecimento está relacionado ao uso de agrotóxicos em escala crescente pelos trabalhadores locais, em um estado cuja renda principal é advinda do agronegócio, principalmente da produção e comercialização da soja. Também se observa que são poucos os serviços de saúde que cumprem com a notificação da suspeita do agravo, com ausência de proveniência de notificações da atenção primária e de unidades de referência em oncologia e saúde do trabalhador.

Esse perfil pode parecer constituído de fatores pouco relacionados entre si, um mosaico de situações lado a lado. No entanto, tais características se deram em processos epidemiológicos, em que determinadas relações são possíveis segundo mediações da produção, do consumo e do próprio movimento biológico dos indivíduos. Observar essas mediações nos permite relacionar tais fatores, os vínculos entre aqueles que adoecem e seu contexto, na perspectiva da totalidade. A Epidemiologia Crítica de Jaime Breihl<sup>41,42</sup> traz essa proposta, em que além de capturar um momento da realidade, construímos um perfil epidemiológico que permita olharmos para os processos que o produzem, de forma a pensar naqueles que precisam ser destituídos e quais fortalecidos. Mereceria aprofundamento do estudo a exploração das dimensões e dos processos críticos que tornam o adoecimento por CRT possível, de modo subsidiar ações para mudança deste cenário.

## **Referências**

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios. Rio de Janeiro: INCA, 2021
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2013

3. Kato, M., Garcia, E.G., Wunsch Filho, V. Exposição a agentes químicos e a Saúde do Trabalhador. Rev. bras. saúde ocup. v. 32, n.116. São Paulo: Dez, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572007000200002> Acesso em julho/2021
4. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho. Promoção do meio ambiente de trabalho guiada por dados. *SmartLab*. Ministério Público do Trabalho e Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst> Acesso em julho/2021
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasil: 2009
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico da Previdência Social- AEPS 2018. Capítulo 3 – auxílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/previdencia-social-regime-geral-inss/arquivos/aeps-2018.pdf> Acesso em julho/2021
7. Assunção, A. A. invisibilidade social das doenças profissionais no Brasil (1919-2019). Cien Saude Colet [periódico na internet] (2021/Jun). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/invisibilidade-social-das-doencas-profissionais-no-brasil-19192019/18117?id=18117>
8. Brasil. Nota informativa DSASTE/SVS/MS nº 94, de 26 de julho de 2019. Orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Disponível em «<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escr-iba-sesa@3a6aba72-19ed-4e5f-9ee3-3330408c408a&emPg=true>» Acesso em julho/2021
9. Ministério da Saúde. Atlas do Câncer Relacionado ao Trabalho no Brasil., Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília : Ministério da Saúde, 2018
10. International Agency for Research on Cancer. Monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans. Lyon, France: 2021. Disponível em: <https://monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc/>

11. Paraná. Nota CEST 001/2014 *apud*. Boletim Epidemiológico da Saúde do Trabalhador do Paraná. Curitiba, nº 1, nov., 2017
12. Sansone, L. Nem somente preto ou negro: o sistema de classificação racial no Brasil que muda. Afro-Ásia. V.18, p.165-187. Salvador: 1996. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/afroasia/article/view/20904> Acesso em julho/2021
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral: pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por posição na ocupação no trabalho principal. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4096> Acesso em julho/2021
14. Cancer Research UK, Ethnicity. Disponível em: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/incidence/ethnicity>, Acesso em julho/2021
15. Kipen. M.H., Wartenberg, D., Scully, P.F., Greenberg, M. Are Non-Whites at Greater Risk for Occupational Cancer? American Journal of Industrial Medicine, N.19, p.67-74.1991
16. Pedra, F., Silva, P.O., Mattos, I.E., Castro, H.A. Mesothelioma Mortality Rate in Brazil, 1980 to 2010. Revista Brasileira de Cancerologia. V.60,n.3, p.199-206. Rio de Janeiro: 2014
17. Swaminathan, R; Selvakumaran, R; Vinodha, J; Ferlay, J.; Sauvaget, S.; Esmly, P.O.; Shanta, V.; Sankaranarayanan, R. Education and cancer incidence in a rural population in south India. Cancer Epidemiology 33, p.89–93, 2009.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral: pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por posição na ocupação no trabalho principal. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4096> Acesso em julho/2021
19. Kim, K; Kwon, N. Profile of e-Patients: Analysis of Their Cancer Information-Seeking From a National Survey. Journal of Health Communication: International Perspectives, V. 15, N.7. Ontario: 2010

20. Kiwimäki, M; Temporary Employment and Risk of Overall and Cause-specific Mortality. *American Journal of Epidemiology*, V. 158, N. 7. 2003 30 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasil: 2009.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Suplemento Aspectos das relações de trabalho e sindicalização. Rio de Janeiro: IBGE, 2017
22. Ferreira, F.R.; Nascimento, F.R.C.; Rotta, O. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. *Revista da Associação Médica Brasileira*, V. 57, n.4, p. 431-437. São Paulo: 2011
23. Wunsch-Filho, V.; Moncau, J.E.; Mirabelli, D.; Boffetta, P. Occupational risk factors of lung cancer in São Paulo, Brazil. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, V. 24, N.2, p.118-124. Finland: 1998. Disponível em: [https://www.sjweh.fi/article/download.php?abstract\\_id=288&file\\_nro=1](https://www.sjweh.fi/article/download.php?abstract_id=288&file_nro=1) Acesso em julho/2021
24. Cancer Research UK, Smoking prevalence trends by occupation group in Health Survey for England. 2019. Disponível em [https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/smoking\\_prevalence\\_trends\\_occupation\\_final\\_2020.pdf](https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/smoking_prevalence_trends_occupation_final_2020.pdf) Acesso em julho/2021
25. Borin, A.M., Ventura, G.M.A, Pilar, C.S.M. Câncer de laringe y exposición laboral al amianto. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, V. 61, n. 239. Madrid: 2015
26. Sánchez, J.G. Valoración de hábitos de vida saludables de los trabajadores expuestos a cancerígenos laborales de la provincia de Salamanca. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, V. 60, n. 235. Madrid: 2014
27. Ministério da Fazenda. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho. Brasília: MF, 2017 28. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Informação dos registros hospitalares de câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos. Rio de Janeiro: INCA, 2012

29. Kauppinen, T. Occupational exposure to carcinogens in the European Union. *Occupational and Environmental Medicine*, v.57, p.10–18. Londres: 2000
30. Mofidi, A.; Tompa, E.; Spencer, J.; Kalcevich, C.; Peters, C.E.; Kim, J.; Song, C.; Mortazavi, S. B.; Demers, P. A. The economic burden of occupational non-melanoma skin cancer due to solar radiation. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, p.1–11, 2018
31. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. *Vigilância do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente*. 2ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010
32. Kachuri, L; Harris, M.A; MacLeod, J.S.; Tjepkema, M.; Peters, P.A; Demers, P.A. Cancer risks in a population-based study of 70,570 agricultural workers: results from the Canadian census health and Environment cohort (CanCHEC). *BMC Cancer* n.17, p.343. 37, 2017
33. Sritharan, J; Harris, M.A; Cole, D.C; MacLeod, J.S.; Tjepkema, M.; Peters, P.A; Demers, P.A. Prostate cancer surveillance by occupation and industry: the Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC). *Cancer Medicine*. 2018.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral: pessoas com 10 anos ou mais, ocupadas na semana de referência, grupamento da atividade principal agrícola. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2268#resultado> Acesso em julho/2021
35. Bombardi, L.M. Geografia do uso de agrotóxicos no Brasil e conexões com a União Europeia. São Paulo: FFLCH - USP, 2017
36. Preza, D.L.C. Augusto, L.G.A. Farm workers' vulnerability due to the pesticide use on vegetable plantations in the Northeastern region of Brazil. *Rev. bras. saúde ocup.* v.37, n.125, Jun 2012
37. Agricultura e abastecimento. Agronegócio é responsável por 33,9% do PIB paranaense. 19/03/2020  
<http://www.agricultura.pr.gov.br/Noticia/Agronegocio-e-responsavel-por-339-do-PIB-paranaense> Acesso em julho/2021



38. Entenda por que o Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos do mundo <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/entenda-brasil-maior-consumidor-agrotoxicos-mundo> Acesso em julho/2021
39. Dias, E.C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. 2006. Disponível em: «<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/saude-trabalhador-rural.pdf>» Acesso em julho/2021
40. Ramos Junior, A.J. A formação de um intelectual coletivo: um estudo sobre o percurso dos militantes na construção da saúde do trabalhador no Paraná. Tese de doutorado em Educação – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 2007
41. Breihl, J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: 1991
42. Breihl, J. Epidemiologia Crítica, ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: 2006.