

INTERFACES DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM:

DA TEORIA À PRÁTICA NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

ORGANIZADORES

ALINE MORAIS VENANCIO DE ALENCAR
JOÃO PAULO XAVIER SILVA



INTERFACES DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM:

DA TEORIA À PRÁTICA NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

ORGANIZADORES
ALINE MORAIS VENANCIO DE ALENCAR
JOÃO PAULO XAVIER SILVA





2023 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla, com arte de Bárbara Luna Lacerda

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Interfaces da formação em enfermagem: da teoria à prática na atenção básica à saúde está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito aos criadores. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-170-6

DOI: 10.51859/ampla.ife706.1123-0

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2023

CONSELHO EDITORIAL

Alexander Josef Sá Tobias da Costa – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio Augusto Martins Aires – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denilson Paulo Souza dos Santos – Universidade Estadual Paulista

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dinara das Graças Carvalho Costa – Universidade Estadual da Paraíba

Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Fredson Pereira da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Hugo José Coelho Corrêa de Azevedo – Fundação Oswaldo Cruz

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador

Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lisiane Silva das Neves – Universidade Federal do Rio Grande

Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa

Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia

Maria Carolina da Silva Costa – Universidade Federal do Piauí

Maria José de Holanda Leite – Universidade Federal de Alagoas

Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas

Mário César de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Michele Antunes – Universidade Feevale

Michele Aparecida Cerqueira Rodrigues – Logos University International

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais

Natan Galves Santana – Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso

Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Rubia Katia Azevedo Montenegro – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sabryna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará

Selma Maria da Silva Andrade – Universidade Norte do Paraná

Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus

Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Thiago Sebastião Reis Contrato – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tiago Silveira Machado – Universidade de Pernambuco

Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology

Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima

William Roslindo Paranhos – Universidade Federal de Santa Catarina

Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2023 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla, com arte de Bárbara Luna Lacerda

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Catálogo na publicação
Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

I61

Interfaces da formação em enfermagem: da teoria à prática na atenção básica à saúde / Organizadores Aline Morais Venancio de Alencar, João Paulo Xavier Silva; Prefácio de Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira. – Campina Grande/PB: Ampla, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-170-6

DOI 10.51859/ampla.ife706.1123-0

1. Enfermagem. 2. Atenção primária à saúde. I. Alencar, Aline Morais Venancio de (Organizadora). II. Silva, João Paulo Xavier (Organizador). III. Oliveira, Maryldes Lucena Bezerra de (Prefácio). IV. Título.

CDD 610.73

Índice para catálogo sistemático

I. Enfermagem

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil
contato@amplaeditora.com.br
www.amplaeditora.com.br



2023

ORGANIZADORES

ALINE MORAIS VENANCIO DE ALENCAR

Enfermeira e Docente. Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat (2007); Especialização em Saúde Coletiva pela Faculdade Integrada de Patos (2009); Especialização em Enfermagem do Trabalho (2019); Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (2022). Atualmente exerce atividade como docente e preceptora no curso de Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em saúde coletiva, saúde do trabalhador, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde coletiva, saúde da família, saúde do trabalhador, qualidade de vida, educação em saúde e promoção da saúde.

JOÃO PAULO XAVIER SILVA

Enfermeiro Docente. Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2023). Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (2017). Especialista em Políticas Públicas em Saúde Coletiva (2021) e Especialista em Formação de Professores para o Ensino Superior e Educação Continuada (2016). Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (2015) com graduação sanduíche pelo Programa Ciência Sem Fronteiras na Universidade Sapienza de Roma - Itália (2014). Professor temporário no curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (Campus Avançado do Iguatu). Professor no Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Professor no Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS). Pesquisador no Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em saúde (GPCLIN - CNPq/URCA) na linha Redes de atenção, Políticas e Integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Interesse nas áreas Saúde Coletiva, Enfermagem Comunitária, Espiritualidade e religiosidade em saúde e em enfermagem, Cuidado de enfermagem aos grupos populacionais vulneráveis, Produção subjetiva do cuidado, e Psicanálise.

PREFÁCIO

Todo respeito aos mestres, que sendo enfermeiros e professores, apaixonados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conseguem formar profissionais com consciência crítica e reflexiva que possibilita reconfigurar a saúde em sua concepção ampliada. Gratidão aos professores Dra Aline Moraes Venancio de Alencar e ao Dr João Paulo Xavier Silva que conseguem vencer o desafio de formar profissionais de saúde para o futuro! Lindo de ver o ensino na fase do Estágio Supervisionado na Atenção Básica com criatividade e otimismo!

Na missão honrosa de dialogar, no prefácio, com as ideias do livro que agora está nas mãos dos leitores, é admirável saber que este livro, repleto de reflexões tão profundas, assentadas sobre um vasto conhecimento da prática do dia a dia de profissionais/acadêmicos mostra-se fundamental para qualificação do cuidado.

Este livro é um convite. A reafirmar a fé no exercício profissional da Enfermagem e na formação em saúde, fundamentado no protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A sua leitura transforma a nossa percepção sobre o processo de ensinar e aprender no ensino superior, muda nossos olhares sobre a profissão e tudo que a Enfermagem representa.

É um livro acadêmico e cheio de posições reflexivas, de opiniões ponderadas, de conceitos e impressões importantes e necessárias para a atualidade.

A formação em saúde na atenção básica direciona para o ideal de profissional que desejamos para o nosso SUS. Assim, é importante manter um compromisso - instituições de ensino, professores e acadêmicos - para agir e refletir sobre a prática profissional, considerando os valores e significados do exercício, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho. É necessário recuperar os valores em nossos espaços de trabalho, humanizar os relacionamentos e vínculos e efetivar a qualidade no cuidado, sejam na sala de aula, nas universidades ou nos serviços de saúde. Este é o nosso desafio.

Recomendo o presente livro aos educadores, gestores educacionais, estudantes e pesquisadores, enfim, a todos que participam e acreditam na formação qualificada de profissionais enfermeiros.

Este livro é o testemunho do ensino realizado para o rigor científico, intelectual e assistencial, pautado em princípios éticos, considerando a descentralização e capilaridade do serviço exercido pelo enfermeiro na Atenção Básica.

É satisfatório acompanhar o ensino e a aprendizagem descrita nos capítulos à seguir, relatos de momentos de partilha de experiências, diálogo e práticas que integram o agente cuidador em sua trajetória formativa no ambiente de saúde do nosso sistema único. Assim, conseguimos construir enfermeiros para estar à serviço da vida! Finalizo destacando a atividade de qualidade e defesa do SUS que os professores Aline e João realizam em seu dia a dia! Viva o SUS!

Profa. Dra. Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIANTE DA TERRITORIALIZAÇÃO	11
CAPÍTULO II - DESMONTE E DESVALORIZAÇÃO DO SUS E O RETROCESSO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REALIDADE OU ILUSÃO?	18
CAPÍTULO III - VOLTAMOS NO TEMPO: RECUSA VACINAL COMO MOVIMENTO IDEOLÓGICO QUE IMPLICA NA SAÚDE PÚBLICA.....	30
CAPÍTULO IV - OS NOVOS ARRANJOS FAMILIARES E SUAS REPERCUSSÕES NO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE BRASILEIRA	39
CAPÍTULO V - DESAFIOS DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO TRANS.....	49
CAPÍTULO VI - DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	56
CAPÍTULO VII - INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS PARA O DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE	64
CAPÍTULO VIII - AUMENTO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	74
CAPÍTULO IX - AGOSTO DOURADO: RELATANDO UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	82
CAPÍTULO X - IMPACTO DO NOVO MARCO DO SANEAMENTO BÁSICO NAS DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA NA INFÂNCIA.....	90
CAPÍTULO XI - POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA COM A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	97
CAPÍTULO XII - O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO COMO FERRAMENTA PARA CO-UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE	103

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIANTE DA TERRITORIALIZAÇÃO

BUILDING BONDS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE FACE OF TERRITORIALIZATION

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-1

Cicero Yago Lopes dos Santos ¹
Maria Natalliny Santos da Silva ¹
Aline Morais Venancio de Alencar ²
Katia Monaisa Figueiredo Medeiros ²
João Paulo Xavier Silva ³

¹ Acadêmicos do curso de Enfermagem. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) – Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil;

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do curso de enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

³ Doutor em Cuidados Clínicos Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) é o principal acesso para obter os serviços provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, ela é determinada a realizar o cuidado contínuo individual e coletivo para a população inserida em sua área de atuação. O processo de territorialização, tem como enfoque o planejamento e gestão de recursos do SUS, considerando as realidades encontradas na comunidade, propondo estratégias de intervenção para resolutividade de agravos. Os agentes comunitários de saúde (ACS), empregam um papel fundamental na busca ativa dentro da comunidade, com a finalidade de identificar e realizar o mapeamento de indivíduos que demandam uma assistência de maior complexidade, mas sempre mantendo uma assistência qualificada a todos os demais habitantes da área determinada. A territorialização propicia considerar os aspectos ambientais, históricos, demográficos, econômicos e sanitários do público-alvo, com a finalidade de obter uma visão holística destes e com isto, proporcionar uma construção de vínculos entre os profissionais da APS e os habitantes do território situado, garantindo uma comunicação adequada e assistencialista, sendo de grande importância para a prevenção e recuperação de doenças, assim como o bem-estar da população. Dentre os profissionais que compõem a

estratégia de saúde da família, a enfermagem possui um papel fundamental diante do processo de territorialização, além das funções realizadas na unidade de saúde, é importante salientar o trabalho desenvolvido no “além-muros”, ou seja, a visita domiciliar. Que por meio deste, o vínculo entre profissional e comunidade é fortalecido, assim como propicia o mapeamento exato daquele determinado local. O presente trabalho, desencadeou uma reflexão acerca da importância da territorialização em saúde e através dela, realizar a construção de vínculos na estratégia de saúde da família (ESF), a fim de proporcionar a população qualidade de vida, diante da aplicação dos princípios do SUS na realização de uma busca-ativa e ações educativas multiprofissionais.

Palavras-chave: Vínculo; Estratégia Saúde da Família; Territorialização

ABSTRACT

Primary health care (PHC) is the main access to services provided by the Unified Health System (SUS). As such, it is determined to provide continuous individual and collective care for the population within its area of operation. The territorialization process focuses on the planning and management of SUS resources, considering the

realities found in the community, proposing intervention strategies to resolve problems. Community health agents (CHAs) play a fundamental role in actively searching the community, with the aim of identifying and mapping individuals who require more complex care, while always providing qualified care to all the other inhabitants of the given area. Territorialization makes it possible to take into account the environmental, historical, demographic, economic and health aspects of the target public, with the aim of obtaining a holistic view of them and thus building links between PHC professionals and the inhabitants of the territory, ensuring adequate communication and assistance, which is of great importance for the prevention and recovery of diseases, as well as the well-being of the population. Among the professionals who make up the family

health strategy, nursing plays a fundamental role in the process of territorialization. In addition to the functions carried out in the health unit, it is important to highlight the work carried out "beyond the walls", i.e. the home visit. This strengthens the bond between the professional and the community, as well as providing accurate mapping of that particular location. This work triggered a reflection on the importance of territorialization in health and, through it, building bonds in the family health strategy (ESF), in order to provide the population with quality of life, by applying the principles of the SUS in carrying out an active search and multiprofessional educational actions.

Keywords: Bond; Family Health Strategy; Territorialization.

1. INTRODUÇÃO

A política nacional de atenção básica (PNAB) demonstra a abrangência da promoção e proteção da saúde, por meio da prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, em âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2012).

A atenção primária à saúde é definida como como porta de entrada e principal acesso aos serviços provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDONÇA, et al. 2021). O SUS é um dos únicos sistemas de saúde públicos fundamentado na descentralização, integralização e hierarquização do cuidado de saúde (FARIA, 2020), fazendo com que a atenção básica à saúde (ABS) seja onipresente, entre pactuações estaduais, regionais e municipais.

A ESF é caracterizada pelo alinhamento do cuidado continuado individual e a prática do cuidado com enfoque populacional, integralizando as perspectivas de vigilância epidemiológica, vigilância em saúde e sanitária (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Nesse cenário, o processo de territorialização possui papel fundamental no planejamento e gestão de recursos do sistema único de saúde (SUS). Para isso, baseia-se diretamente nas realidades encontradas na comunidade, propondo meios de intervenção desenvolvidos em especificidade para a resolutividade de agravos (CAMARGOS; OLIVER; 2020).

Faria (2013) defende que a concepção da territorialização ultrapassa barreiras territoriais, ao aproximar-se do entendimento das necessidades locais, baseando-se na percepção do ser humano em sua totalidade. Como precursores dessa compreensão intrínseca do território, define-se como indispensável a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), nos quais empregam o contato com os habitantes e busca ativa para o mapeamento dos agravos populacionais.

A territorialização possui como principais objetivos a subdivisão da atenção básica propiciada por território atendido e suprido pela Unidade básica de Saúde (UBS), bem como considerar os aspectos ambientais, históricos, demográficos, econômicos e sanitários do público-alvo, que seria a sua comunidade (BRASIL, 2017).

Amorim et al (2022) defendem que a gestão do cuidado de Enfermagem exercida pelo profissional enfermeiro possui como especificidade a prestação da assistência integral e o acolhimento nos centros de saúde/unidades básicas, nas consultas de pré-natal e no acompanhamento geral dos pacientes. Além disso, os autores defendem a realização do planejamento prévio para a execução de atividades, visando a melhor adesão da população.

O processo de territorializar áreas da comunidade, por meio da atuação e protagonismo dos agentes comunitários de saúde (ACS) contribui de forma significativa para o bem-estar da população, pois possibilita a constituição de vínculos com a comunidade e seus indivíduos, além de fornecer os meios de acesso ao atendimento de saúde, nas esferas de gestão do sistema, instituições de saúde e sua singularidade (GONDIM; MONKEN; 2009).

Desse modo, o presente estudo objetiva identificar na literatura as produções acerca da territorialização na ABS e sua importância para a construção de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. A ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS

Baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS, onde incluem-se os princípios da universalidade, equidade e integralidade do cuidado, bem como as principais diretrizes de regionalização, hierarquização, territorialização e resolutividade, com enfoque na atenção primária, a política nacional de atenção básica a saúde compõe um pilar fundamental a territorialização do cuidado (BRASIL, 2017).

A atenção básica à saúde é definida por alguns autores como a estratégia de reordenamento do setor saúde, sendo o principal meio de acesso ao direcionamento correto a atenção secundária, terciária e quaternária (CECÍLIO; REIS; 2018).

A garantia do acesso a saúde, por meio da equidade do cuidado, integralidade ao indivíduo e universalidade da inclusão de todos os públicos ao serviço de atendimento de saúde proporcionado nas Unidades básicas de saúde do Brasil são destaque ao sistema único de saúde (SUS), e sua replicabilidade nas diferentes esferas do cuidado (DOLNY, 2019). Sua aplicabilidade é essencial a prevenção e promoção da saúde.

Define-se como prevenção da saúde a gama de esforços direcionados a redução ou erradicação de doenças e agravos a saúde da população. Desse modo, define-se como promoção da saúde a modificações de hábitos de vida da população e/ou comunidade, buscando a diminuição de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças (BRASIL, 2017).

Para isso, se faz necessária a construção de vínculos entre os profissionais e a comunidade, garantindo a eficácia da comunicação e consolidação da adesão a tratamentos e outras intervenções desenvolvidas pelos profissionais em prol da saúde pública (SANTOS; MIRANDA, 2016).

Esse processo é positivo por elevar o vínculo do paciente com a equipe multidisciplinar ao patamar de beneficência mútua, promovendo saberes e buscando o conhecimento compartilhado. Desse modo, ampliam-se as discussões e adaptações necessárias para a promoção do cuidado.

Os profissionais que compõem a estratégia de saúde da família, possuem atuação e especialização multiprofissional, fazendo-se necessário que possua, no mínimo, profissional médico generalista, enfermeiro generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2017). Nessa composição, o profissional enfermeiro apresenta papel fundamental de gerenciamento, incluindo a coordenação de pessoas (ACS's e profissionais de enfermagem de nível técnico), bem como de direcionamento do enfoque a causas mais urgentes, como campanhas de vacinação, conscientização contra agravos de doenças e afins.

Nesse limiar, além do trabalho realizado nas dependências da unidade de saúde, faz-se importante destacar o trabalho desenvolvido no “além-muros”, diretamente citando a visita domiciliar. Por meio do deslocamento da equipe até a residência do paciente, o vínculo entre o profissional e a família melhora significativamente, por propiciar um maior contato e cuidado em diferentes esferas.

O fortalecimento do vínculo entre as equipes e a população geral promove maior aceitação as intervenções e recomendações propostas pela equipe. Como meio de facilitação e estreitamento dos laços afetivos, pode-se promover ações de educação em saúde, como campanhas educativas, envolvendo a comunidade e os seus componentes como meio essencial.

2.2. TERRITORIALIZAÇÃO: UM PROCESSO DE IMERSÃO NA COMUNIDADE

Abrão (2010) exemplifica acerca do conceito de espaço geográfico, provocando reflexões acerca do seu processo permanente de transformação de acordo com a evolução da

sociedade. Ao analisarmos sob a ótica territorialização, conseguimos formular o desenvolvimento e constante metamorfose das comunidades.

Segundo Gondim et al., (2017) o conceito de território é definido pelo espaço coletivo demarcado, possibilitando a percepção de hábitos, costumes e relacionamentos. Já a territorialização é definida como um sistema de organizações políticas, que propicia organização e vínculo nas relações sociais pertencentes no mesmo território.

A territorialização em saúde, desenvolve estratégias para desenvolver a realização de diagnóstico e planejamento, com a finalidade de uma intervenção adequada (GONDIM, et al., 2017). Estabelecendo uma identidade assistencialista, de acordo com a necessidade do indivíduo. Assim, colocando em prática um princípio do SUS, a equidade, priorizando os casos que demandam uma assistência de maior complexidade, preservando os demais aspectos do SUS.

Nesse contexto, as mudanças territoriais são observadas de acordo com alterações na demografia das comunidades e população locais, incluindo os processos de mudança de território de abrangência das UBS's, número de nascimentos, óbitos e migração populacional. A ABS surge como preceito fundamental ao cuidado integral ao usuário do SUS, possibilitando o atendimento nas mais diversas iniciativas, incluindo-se nas políticas de atenção a populações vulneráveis, como os moradores de rua, por meio do consultório na rua.

Vale destacar que Garbois, Sodr e e Dalbello-ara ujo (2017) dissertam acerca do termo determinantes sociais da saúde, buscando compreender as complexas rela es sociais da popula o e seus indivíduos, bem como o processo de produ o da saúde e o processo de adoecimento. Desse modo, a dimensão coletiva também pode ser considerada como fator contributivo ao adoecimento, quanto a vitalidade.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) estão diretamente relacionados as condi es de vida do indivíduo, nos aspectos social, econ mico, étnico, cultural e comportamentais. A exposi o a fatores específicos, como a falta de moradia, saneamento básico, escolaridade e oportunidades de empregabilidade, por exemplo, expõem a popula o a agravos nas mais diversas esferas, incluindo a saúde comunitária (FIOCRUZ, 2023).

Com o fen meno da territorializa o, os DSS tornam-se mais evidentes, devido ao olhar clínico dos profissionais da aten o primária a saúde. Fatores como a desnutri o, acesso reduzido a água potável e tratamento de esgoto podem intensificar negativamente o  ndice de doenças, incluindo as arbovirose, por exemplo.

Os profissionais que compõem a ESF, na sua forma o de equipe multiprofissional, devem estar atentos acerca dos determinantes presentes na comunidade, com objetivo de

reduzir agravos e complicações. A imersão na comunidade é essencial, garantindo assistência qualificada e compreensão da realidade social, com a finalidade de preservar e aplicar os princípios do SUS na realidade em que os indivíduos estão inseridos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na produção do presente trabalho, realizou-se a reflexão teórica sobre a garantia da territorialização no cuidado a saúde das populações brasileiras, bem como a garantia da integralidade, equidade e universalidade no acesso a saúde pública de qualidade a todos os indivíduos, por meio do acesso a estratégia de saúde da família (ESF) como primeiro contato ao sistema único de saúde (SUS).

A reflexão proposta incentiva a produção de pesquisas e estudos direcionados ao fenômeno da territorialização do SUS, com o intuito de promover a ampliação e disseminação das discussões no âmbito acadêmico e profissional. Além disso, sugere-se a importância do debate compartilhado do tema com a população, promovendo a informação no âmbito social.

Com o estudo, nota-se a fundamentação do princípio da universalidade do SUS, onde emprega-se os meios necessários e disponíveis para melhor atender a população. Se a população não vem a comunidade de saúde, a unidade de saúde vai até a população, garantindo o cuidado continuado e necessário.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Joice Aparecida Antonello. Concepções de espaço geográfico e território. *Sociedade e Território*, v. 22, n. 1, p. 46-64, 2010.

AMORIM, Tamiris Scoz et al. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery*, v. 26, p. e20210300, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF. 2017.

CAMARGOS, Melina Alves de; OLIVER, Fátima Corrêa. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em debate*, v. 43, p. 1259-1269, 2020.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de saúde pública*, v. 34, p. e00056917, 2018.

DOLNY, Luise Lüdke et al. Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: uma proposta de modelo avaliativo. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e180184, 2019.

Faria RM. A Territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia*. 2013; 6(16):131-147.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4521-4530, 2020.

FIOCRUZ. Determinantes sociais. Pense SUS. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais#:~:text=Tamb%C3%A9m%20podem%20ser%20considerados%20os,%2C%20escolaridade%2C%20renda%20e%20emprego>. Acesso em 14/09/2023 às 21:35

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em debate*, v. 41, p. 63-76, 2017.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1475-1482, 2020.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Dicionário profissional da Educação em Saúde - Territorialização em Saúde, 2009. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. Território e territorialização. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39894/?sequence=2>. Acesso em 15/09/2023

MENDONÇA, Milena Marques et al. Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1625-1636, 2021.

SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. *Rev. enferm. UFSM*, p. 350-359, 2016.

CAPÍTULO II

DESMONTE E DESVALORIZAÇÃO DO SUS E O RETROCESSO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REALIDADE OU ILUSÃO?

DISMANTLING AND DEVALUATION OF SUS AND THE SETBACK IN THE PRIMARY HEALTH CARE: REALITY OR ILLUSION?

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-2

Bárbara Luna Lacerda ¹
Ihago Saraiva de Alencar Silvestre ¹
Kelvyn Douglas Sales Barbosa ¹
Aline Morais Venancio de Alencar ²
João Paulo Xavier Silva ³

¹ Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do curso de enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

³ Doutor em Cuidados Clínicos Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) exerce a função de garantir o acesso da população aos procedimentos para promoção, prevenção e intervenções em saúde do básico ao intensivo e especialista, através disso, resulta em impactos positivos no bem-estar da população brasileira, visto que a desigualdade socioeconômica não colabora com o acesso aos atendimentos, o SUS comprova diariamente a necessidade da sua existência. Por conseguinte, ao observar a desigualdade no país, os cidadãos devem manter-se atentos para qualquer indício de ameaças a esse sistema, visto que se políticas elitistas possuem devidos apoios e possibilidades de aplicação efetiva, a grande massa pode sofrer com impactos vitais, pois a lógica da ascensão da elite é a concentração centralizada de capital, em decorrência do detrimento situacional e exploração da classe mais pobre. A Atenção Básica de Saúde (ABS), por inserir-se na comunidade e ser considerada a porta de entrada aos serviços de saúde, consegue perceber o cliente para além da patologia apresentada ou manutenção desta, a equipe da ABS investiga questões socioculturais através da participação direta, envolvendo a sua área de abrangência, por exemplo, com ações de educação em saúde, campanhas temáticas e visitas

domiciliares. Assim, é preciso entender projetos e ideais que possam dificultar, desvalorizar ou quebrar esse elo construído, ou a qualidade dele, pois, o acolhimento e o direcionamento da ABS fazem total diferença na descentralização do atendimento, bem como no cumprimento e acesso aos tratamentos específicos tornando-a assim, a menina dos olhos do sistema único de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Sistema único de saúde, Atenção primária à saúde, Saúde pública.

ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (SUS) performs the function of ensuring access to procedures for promotion, prevention, and health interventions from basic to intensive and specialist levels of assistance for the population. As a result, it leads to positive impacts on the well-being of the Brazilian population, considering that socioeconomic inequality does not facilitate access to healthcare services. SUS daily proves the necessity of its existence. Therefore, when observing inequality in the country, citizens should remain vigilant for any signs of threats to this system. If elitist policies receive the necessary support and the possibility of effective implementation, the larger population may

suffer vital impacts. This is because the logic of elite ascent involves the centralized concentration of capital, leading to the situational detriment and exploitation of the poorer class. Primary Health Care (PHC), by embedding itself within the community and being considered the gateway to health services, is able to see the patient beyond the presented pathology or its maintenance. PHC teams investigate sociocultural themes through direct participation, involving their coverage area, for instance, engaging the population through health education initiatives,

thematic campaigns, and home visits. Therefore, it is essential to understand projects and ideals that could hinder, devalue or break this constructed connection or its quality. The reception and guidance provided by PHC make a significant difference in decentralizing healthcare and ensuring access to specific treatments, making it the cornerstone of the Brazilian Unified Health System.

Keywords: Unified Health System, Primary health care, Public health.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da combinação de suas ações e serviços de saúde, operados essencialmente pela gestão pública, exerce um impacto direto no bem-estar da população brasileira. Desde o seu surgimento, baseado em um movimento contra hegemônico e ambientado em um cenário de escassez de verbas, o SUS luta para garantir o acesso da população a cuidados básicos, procedimentos complexos e atendimento intensivo. No entanto, o SUS não atua de forma isolada na promoção dos direitos dos cidadãos. Ele está inserido no contexto mais amplo das políticas públicas de seguridade social, que abrangem não apenas a Saúde, mas também a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2012).

Dessa forma, na busca constante por superar desafios, o SUS se esforça para aplicar seus princípios, que incluem o acesso universal, a abrangência completa dos cuidados e a busca pela igualdade. Esses princípios estão estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e detalhados na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Apesar de estar fundamentado legalmente, as necessidades das políticas públicas de saúde e do SUS vão além das perspectivas capitalistas e representam o Estado como seu gestor, o que afronta aos pensamentos neoliberais amplamente difundidos atualmente. Essas ideias remontam a momentos políticos passados, como durante o governo Collor, e persistem ganhando mais força devido ao discurso da "privatização da saúde", que se baseia no enfraquecimento do sistema. O SUS enfrenta problemas em sua gestão, tentando sobreviver diante de um subfinanciamento crônico. Progressivamente, perde programas de grande impacto ou vê estes sendo substituídos por abordagens medicalizadoras, as quais vão de encontro aos princípios que regem o sistema (PINHEIRO et al, 2018).

No âmbito da consolidação do SUS, a atenção básica à saúde (ABS) é reconhecida como um nível que permite a compreensão de aspectos socioculturais essenciais para a promoção e prevenção da saúde direcionadas de forma precisa. No entanto, ela é uma das áreas mais afetadas pelo cenário atual. Programas como o Previne Brasil, estabelecido pelo Ministério da

Saúde (MS), chegam com o propósito de definir critérios para a alocação de recursos financeiros na Atenção Primária à Saúde (APS) e refletem os ideais neoliberalistas, especialmente no cenário político atual (BRASIL, 2019).

Os critérios de distribuição de recursos incluem a contabilização ponderada que considera o registro populacional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em cada município, o pagamento baseado em desempenho, que está vinculado aos indicadores definidos pelo MS, e os incentivos para ações estratégicas. No entanto, esse modelo automatizado da atenção básica prioriza números e indicadores, em detrimento da abordagem humanizada. Tais indicadores determinam os repasses para cada município, que continuam sendo insuficientes, o que ameaça a instituição de promoção, prevenção e proteção da saúde, focos principais desse nível de assistência. (BRASIL, 2019)

Essa realidade coloca em risco a continuidade, por exemplo, do Piso Assistencial Básico (PAB), responsável pela distribuição de recursos com base em indicadores populacionais. Como resultado, uma redução significativa nos recursos repassados impactaria diretamente a qualidade dos serviços oferecidos à população, comprometendo um dos princípios fundamentais do SUS: a universalidade.

Nesse contexto, a lógica do senso de justiça, aliada ao princípio da equidade, confronta os ideais neoliberalistas que defendem privatizações e alterações que poderiam descaracterizar esse serviço.

Durante o estágio supervisionado, surge um cenário propício para a reflexão sobre o desmonte do SUS e o risco de retrocesso da ABS, com o intuito de apontar novos caminhos e horizontes de esperança. Portanto, o objetivo deste estudo é refletir teoricamente sobre o desmonte e a desvalorização do SUS e suas implicações na ABS, partindo da premissa: ilusão ou realidade?

2. DESENVOLVIMENTO DA REFLEXÃO TEÓRICA

2.1. O NEOLIBERALISMO E A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE

De acordo com a interpretação marxista, o neoliberalismo é apresentado como uma oportunidade de incentivar a hegemonia de classe e expandi-la de maneira global, a qual se impõe com novos critérios e ordens sociais ao trabalho e à gerência deste. Segue, nesse viés, ideais como a livre mobilidade de capital e o livre comércio (DUMÉNIL; LÉVY, 2014).

É possível observar ainda que, na prática neoliberal, o progresso ocorre de fato para as elites, através do acúmulo de capital. Dessa forma, esse projeto político consegue elevar ainda

mais os níveis de poder dessa classe, que, quando aplicado à lógica capitalista, implica dizer que uma cresce em detrimento da outra, na relação desigual entre o explorador e o explorado (HARVEY, 2008).

Ademais, esse movimento além de utópico, apresenta sérias consequências à população como sofrimento, escassez das produções econômicas autônomas e darwinismo moral, para além, é possível afirmar que até as produções culturais podem sofrer prejuízos (BOURDIEU, 1998).

Dessa forma, a própria difusão financeira pode prejudicar a saúde e o bem-estar social, visto que mediante as privatizações, torna-se possível ocorrer a transferência de dívidas para as contas públicas, bem como o empoderamento do setor privado, o que ameaça direitos trabalhistas, o avanço da ciência e da pesquisa, prevenção e promoção da saúde populacional e a proteção ambiental (HARVEY, 2008).

Sabe-se que no Brasil, o Sistema Único de Saúde conta com os serviços da iniciativa privada de forma complementar, mediante contratos ou convênios que acordam que estas devem seguir as regulamentações do SUS. Assim, o artigo 197 da Constituição Federal de 1988 afirma que “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas mais significativas da sociedade brasileira, tendo sido estabelecido pela Constituição de 1988. Seu principal objetivo é garantir que todos os cidadãos tenham acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde.

No entanto, apesar de sua importância, o SUS vem enfrentando desafios e controvérsias que afetam sua estabilidade e alcance para algumas populações. Um dos principais desafios enfrentados pelo SUS é o desinteresse da iniciativa privada pela prevenção e promoção da saúde.

Historicamente o setor privado tende a concentrar seus esforços em áreas da saúde que provavelmente vão lhes render mais lucro, com o tratamento de doenças agudas e crônicas. Isso resulta em uma distribuição desequilibrada de recursos, com menos investimentos em programas de prevenção e promoção da saúde. Como resultado, o sistema de saúde frequentemente lida com uma carga maior de doenças que poderiam ser evitadas (BRASIL, 2001).

Além disso, a tentativa de inserir o setor privado na atenção básica de saúde tem causado controvérsia. O Decreto 10.530, emitido em outubro de 2020, abriu caminho para estudos

visando parcerias entre o setor público e o privado na gestão de unidades básicas de saúde. Isso levantou preocupações de que o SUS estaria sendo de certa forma desmontado e que a atenção primária à saúde estaria sendo entregue aos interesses de empresas privadas. A discussão sobre a participação do setor privado na saúde pública continua a ser um tema sensível e decisivo na política de saúde brasileira (BRASIL,2020).

Outro ponto controverso é a compreensão da saúde como mercadoria. Edward Meirelles de Oliveira, autor do estudo “Sistema único de saúde (SUS): Contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade.”, diz que é enfático em afirmar que o principal interesse das políticas públicas de saúde no Brasil é o lucro, ou seja, a saúde como mercadoria ou negócio e se a saúde é tratada como mercadoria pode-se dizer que se sujeita às leis de oferta e demanda, tornando assim o princípio fundamental do SUS de acesso universal à saúde está em risco. Quando a saúde é vista como um negócio, o acesso aos serviços pode ser restrito a àqueles que podem pagar por eles, deixando os mais vulneráveis à refém do capitalismo. Isso gera debates sobre a necessidade de regulamentação e controle do setor privado de saúde para garantir que a saúde não seja uma mercadoria, mas sim um direito fundamental (OLIVEIRA, 2015).

Por fim, é fundamental destacar a defesa do Artigo 196 da Constituição Brasileira. Este artigo estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Isso significa que o Estado deve garantir a provisão de serviços de saúde de qualidade, sem discriminação, assegurando que a saúde seja tratada como um bem público. Defensores do SUS argumentam que a manutenção e o fortalecimento deste artigo são essenciais para preservar a natureza pública e universal do sistema de saúde no Brasil.

Em resumo, o SUS é uma conquista importante que visa proporcionar acesso igualitário à saúde para todos os brasileiros. No entanto, desafios como o desinteresse da iniciativa privada pela prevenção, tentativas de inserção do setor privado na atenção básica, a visão da saúde como mercadoria e a importância de defender o Artigo 196 da Constituição Brasileira destacam as controvérsias e debates contínuos que moldam a política de saúde no país. Superar esses desafios é essencial para garantir que o SUS continue a cumprir sua missão de promover a saúde e o bem-estar de todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988).

2.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: EXISTIR PARA RESISTIR

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua origem em um cenário de profundas transformações sociais e políticas no Brasil. Sua história está intrinsecamente ligada à luta por direitos e à necessidade de reformas que visavam garantir o acesso universal e equitativo à

saúde para todos os cidadãos. Surgindo de um movimento de reivindicação popular, o SUS traz em si raízes reivindicatórias e é alicerçado na participação popular (PINHEIRO et al, 2018).

Por meio da Reforma Sanitária, sobrevivente do período da ditadura militar e precursores da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, marco crucial na trajetória do SUS, a ideia de um sistema de saúde que priorizasse o atendimento gratuito e universal, é consolidada. A participação ativa da sociedade civil nesse processo foi fundamental para que as ideias de um sistema único de saúde, promovido pelo governo e universal se fizesse presente na constituinte de 88, e esteja até hoje gravada na carta magna do mesmo ano (PINHEIRO et al, 2018).

As mudanças políticas e a transição para um regime democrático após anos de ditadura militar criaram um ambiente propício para a discussão e implementação de reformas sociais, incluindo a da saúde e a participação popular se tornou imprescindível nesse cenário que, nos últimos 400 anos, não era ouvido. No entanto, a escassez de recursos e a resistência de setores conservadores dificultaram a consolidação do sistema e segue como um grande desafio atualmente.

A desvalorização e o desmonte do SUS não são fenômenos recentes, mas desafios enfrentados desde o seu surgimento. Cortes orçamentários, falta de investimentos adequados e a priorização de interesses privados em detrimento do bem-estar público têm minado a capacidade do sistema de cumprir sua missão de oferecer assistência de qualidade (PINHEIRO et al, 2018).

O SUS conta com importantes marcos legais que garantem sua existência e funcionamento, como a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei 8.142/90, que estabelecem os princípios e diretrizes do sistema. Além disso, políticas públicas de saúde, como o Programa Saúde da Família e o Mais Médicos, têm contribuído para a expansão e a melhoria dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Um dos principais desafios do sistema se encontra no fato de, em contraponto ao passado ao seu nascimento, a falta de reivindicação social contra retrocessos no sistema é, agora, uma das suas maiores ameaças (PINHEIRO et al, 2018). A população muitas vezes desinteressada e desacreditada, devido às dificuldades orçamentárias e seu reflexo numa baixa qualidade de atendimento, deixou de compreender a importância de manter e fortalecer o SUS, o que coloca em risco suas conquistas.

É fundamental compreender que investir na saúde não é um gasto, mas um investimento no bem-estar da população. A Proposta de emenda constitucional (PEC) 241, atual Emenda Constitucional (EC) 95, ao impor um teto de gastos governamentais por 20 anos, compromete

significativamente o poderio do Estado para investimentos adequados na saúde (VÁZQUEZ, 2013). Como resultado, os serviços de saúde no Brasil enfrentaram desafios crescentes para atender às necessidades da população, especialmente em momentos de crise como a pandemia de COVID-19.

A PEC 241/EC 95 suscita até hoje debates intensos sobre a priorização do ajuste fiscal em detrimento da qualidade de vida e do bem-estar dos cidadãos, deve-se ater discursões sobre a saúde, que não deve representar uma moeda de troca parlamentar e como o acesso universal a serviços de saúde de qualidade é direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988).

Para defender o SUS e seus princípios, é essencial promover a mobilização social. A 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2019, reforçou a importância da participação da sociedade na formulação e no controle das políticas de saúde. A voz ativa dos cidadãos é crucial para garantir a continuidade e a melhoria do sistema

Em resumo, o SUS é um patrimônio nacional que surgiu em um momento de lutas e reformas sociais, enfrentando desafios políticos e financeiros desde o início. Sua existência é respaldada por marcos legais e políticas públicas, mas sua perpetuação depende da conscientização da sociedade, de recursos adequados e da mobilização social. O caminho a seguir exige um compromisso contínuo com a saúde pública e a defesa do SUS como um direito de todos os brasileiros.

2.3. ATENÇÃO BÁSICA: A MENINA DOS OLHOS DO SUS?

A Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Básica (AB) são componentes fundamentais do modelo de assistência em diversos sistemas de saúde em todo o mundo. No contexto brasileiro, a APS e a AB desempenham papéis cruciais no Sistema Único de Saúde (SUS). Aquela, sendo o nível mais básico e essencial do sistema de saúde, visa fornecer cuidados acessíveis, integrais e continuados à população. Se concentra na prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde em um contexto comunitário. Por outro lado, a AB é um componente da APS que compreende o primeiro contato entre o paciente e o sistema de saúde, sendo o ponto de entrada preferencial para a maioria das necessidades de saúde, englobando serviços como consultas médicas, exames diagnósticos simples, acompanhamento de condições crônicas e programas de saúde da família (MELLO et al, 2009).

A importância de tais componentes no modelo de atenção à saúde está intrinsecamente ligada à promoção da integralidade e da universalidade dos cuidados, pilares do SUS. Tais ferramentas atuam na prevenção de doenças, no acompanhamento de condições crônicas, na promoção de hábitos saudáveis e na resolução de problemas de saúde no estágio inicial,

evitando hospitalizações desnecessárias, evitando a sobrecarga do terceiro setor. Além disso, a proximidade com a comunidade permite uma abordagem mais holística, levando em consideração os determinantes sociais da saúde (GIOVANELLA, 2018).

O SUS, criado em 1988, marcou uma mudança significativa no modelo de assistência à saúde no Brasil. Anteriormente, o foco estava predominantemente em hospitais e serviços de média e alta complexidade. Com a implementação do sistema único, houve uma transição em direção a um modelo de atenção à saúde voltado para a comunidade, com ênfase na APS e AB como pilares essenciais, assim como discutido na conferência de Alma-Ata (1978), cerne da ideologia assistencial na qual se embasa o SUS onde se refletiu a compreensão de que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas um estado de bem-estar físico, mental e social, e que a prevenção é tão importante quanto o tratamento (GIOVANELLA, 2018).

No entanto, para manter e fortalecer o SUS, é imperativo um reforço financeiro na Atenção Básica. O financiamento adequado é essencial para garantir que os serviços de saúde sejam oferecidos de forma eficaz e de alta qualidade, incluindo fatores como a contratação de profissionais de saúde capacitados, a expansão da infraestrutura de saúde, o acesso a medicamentos e tecnologias médicas essenciais, além de programas de educação em saúde para a comunidade.

Investir na Atenção Básica não apenas melhora a qualidade de vida da população, mas também reduz os custos a longo prazo, evitando a sobrecarga do sistema com hospitalizações e tratamento de doenças em estágios avançados, possibilitando que a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Básica desempenhem seus papéis fundamentais no modelo de atenção à saúde brasileiro, especialmente no contexto do SUS. A transição de um modelo hospitalocêntrico para um centrado na comunidade reflete a compreensão da importância da prevenção e do cuidado integral, para manter e fortalecer esse sistema, é crucial um reforço financeiro na Atenção Básica, garantindo assim a sustentabilidade e a eficácia do SUS na promoção da saúde da população brasileira.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil passou por importantes mudanças ao longo dos anos, particularmente no que diz respeito ao financiamento das ações de saúde. Antes da implementação do Previner Brasil, o Piso de Atenção Básica (PAB) era a principal modalidade de financiamento da atenção básica à saúde.

O PAB, que vigorou por muitos anos, consistia em um repasse financeiro da União aos municípios e estados, destinado a custear ações de atenção primária à saúde, como consultas médicas, vacinação e programas de prevenção. O valor a ser repassado pela união dependia do PAB fixo que era diretamente proporcional a quantidade de pessoas residentes no município

esse número seria multiplicado por os seguintes indicadores PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família, e percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica já o PAB dependia de credenciamento e implantação de estratégias e programas, tais como Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros. Resumidamente, o financiamento do PAB é baseado na lógica per capita populacional e por adesão de estratégias (BRASIL, 2019).

No entanto, esse modelo de financiamento tinha algumas limitações que foram identificadas ao longo do tempo. Uma das principais limitações do PAB era a falta de critérios específicos para a distribuição dos recursos entre os municípios. Isso levava a desigualdades na alocação de recursos, com municípios com maiores populações recebendo uma parcela maior dos recursos, independentemente das necessidades de saúde locais sendo assim criado o Previne Brasil que envolve o foco excessivo no tratamento e cuidado de pacientes já diagnosticados com condições de saúde crônicas em detrimento da promoção da saúde e na prevenção de doenças. Argumenta-se que, ao priorizar a prevenção, o programa pode negligenciar a atenção e os recursos necessários para pacientes que já enfrentam doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas. Isso pode resultar em longas filas de espera para consultas e tratamentos, prejudicando a qualidade de vida desses pacientes (BRASIL, 2019).

Além disso, alguns críticos do Previne Brasil questionam a eficácia das metas e indicadores estabelecidos pelo programa. Eles argumentam que, ao definir metas de cobertura populacional para a Estratégia Saúde da Família e outras ações de promoção da saúde, o programa pode criar uma pressão indevida sobre os profissionais de saúde e gestores locais. Isso pode levar à manipulação de dados para atender às metas, em vez de uma abordagem focada na qualidade do atendimento (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2022).

Outro ponto de preocupação é a possibilidade de o Previne Brasil sobrecarregar os profissionais de saúde com demandas adicionais de documentação e relatórios, uma vez que fica a cargo dos profissionais preencher e informar os indicadores. Isso pode resultar em uma carga de trabalho excessiva, afetando negativamente a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e levando à insatisfação entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2021).

Em resumo, embora o Previne Brasil tenha como objetivo promover a prevenção de doenças e melhorar a atenção básica à saúde, há críticas válidas que questionam sua complexidade burocrática, a priorização da prevenção em detrimento do tratamento e o potencial de sobrecarga de trabalho para profissionais de saúde. Essas preocupações destacam

a importância de um debate informado e contínuo sobre a eficácia e impacto do programa, visando sempre o aprimoramento da saúde pública no Brasil (BRASIL, 2021).

Dito isso, entendendo a analogia em que a atenção básica é chamada de “menina dos olhos do SUS”, compreende-se que tal qual uma menina, para que no mínimo esteja em uma situação apresentável, ela deve receber roupas e acessórios de qualidade, o que seguindo o comparativo corresponderia aos equipamentos e investimentos, para que esta vá além do visual, e sim munida de profissionais devidamente capacitados e de infraestrutura digna nas unidades básicas.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista tamanho valor apresentado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, faz-se necessário atentar-se para que a população esteja em constante posição de defesa, para que assim, as ameaças não ultrapassem a linha das propostas e não sejam postas em prática, pois, qualquer desfalque ocasionado, implica na qualidade ou na aplicabilidade de um determinado serviço em prol do povo. Ademais, existem documentações constitucionais que atestam a carência do SUS, a qual a história consegue contar cronologicamente apontando crises na saúde pública, surtos e epidemias de níveis excedentes, carregando consigo taxas de mortalidade consideráveis.

Desse modo, devido a maior dificuldade ao acesso às evoluções das tecnologias em saúde, as pessoas que compõem a situação de pobreza econômica e vivem em condições sociais agravadas, sofrem indubitavelmente mais com o processo de saúde-doença, se comparado aos indivíduos que compõem a classe socioeconomicamente mais alta do país. Assim, é possível afirmar que promover ideais que almejam a ascensão de uma elite, implica diretamente no princípio da equidade, o qual faz parte da essência do SUS. Nesse viés, se projetos que promovem o desmonte da saúde são aprovados em detrimento da ABS, a grande massa populacional sofre com significativos impactos, visto que as Unidades Básicas de Saúde são classificadas como a porta de entrada do SUS, servindo como descentralização dos atendimentos e facilitação do acesso aos mais diversos tratamentos.

Destarte, sabendo que a Atenção Básica à Saúde, através do SUS colabora positivamente com a promoção e a prevenção de saúde, acolhimento da comunidade, bem como no avanço da ciência, faz-se preciso que a gestão desse sistema, além de adequada e legalmente cumprida, seja constantemente crente no poder da pesquisa e nos benefícios causados por um investimento bem embasado. Somado a isso, possua interesse real no bem-estar populacional,

descartando a ideia de que a saúde deve ser uma mercadoria, afastando assim, o negacionismo e os ideais repletos de ocultas intenções segregacionistas.

AGRADECIMENTOS

Refletindo sobre possíveis agradecimentos, fez-se possível remeter especificamente aos profissionais da área da saúde, que ultrapassam a situação de prestadores de serviços e assumem uma postura de defensoria e atenção às valiosas conquistas apresentadas pelo SUS. Estes, conseguem inspirar outras pessoas diariamente, e com isso, constroem uma corrente de defesa forte, cujo elo denomina-se como “Sistema Único de Saúde”.

REFERÊNCIAS

BOAS, G, V. Políticas públicas também tratam a saúde como mercadoria. *Jornal da USP*. 19 nov. 2015. Folha saúde.

BOURDIEU, P. *Las estructuras sociales de la economia*. Buenos Aires: Manatial, 2001.

BRASIL. Lei n 10.530, de 26 de outubro de 2020 . *Diário oficial da união*, 27 out. 2020.

BRASIL. [CONSTITUIÇÃO (1988)]. *Constituição da Republica federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da republica, [2022].

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*.– Brasília: CONASS, 2007, 291 p.(coleção Progestores –Para entender a gestão do SUS, 1).

DUMÉNIL, G.; LÉVY, D. *A crise do neoliberalismo*. São Paulo: Boitempo, 2014.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, 2018

HARVEY, D. *O neoliberalismo: história e implicações*. Loyola, 2008.

OLIVEIRA, Edward Meirelles de. *Sistema Único de Saúde (SUS): contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade*. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, v. 12, n. 2, 2009.

MENDES, Karina Magrini Carneiro; CARNUT, Leonardo; DA SILVA GUERRA, Lucia Dias. Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo “Programa Previne Brasil”. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750*, v. 14, p. e002-e002, 2022.

PINHEIRO, F.; TAVARES, N.; ARAÚJO, A.; XAVIER, J. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: da gênese à crise contemporânea. SANARE - Revista de Políticas Públicas, v17, 2018.

VÁZQUEZ, D. O plano temer meireles contra o povo: o desmonte social proposto pela pec 241. São Paulo: Plataforma Política Social, 2016.

CAPÍTULO III

VOLTAMOS NO TEMPO: RECUSA VACINAL COMO MOVIMENTO IDEOLÓGICO QUE IMPLICA NA SAÚDE PÚBLICA

BACK IN TIME: VACCINE REFUSAL AS AN IDEOLOGICAL MOVEMENT THAT AFFECTS PUBLIC HEALTH

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-3

José Nacélio da Silva Ferreira ¹
Maria Alyne Soares Felipe ¹
Maria Rannyely de Souza Calixto ¹
Aline Morais Venancio de Alencar ²
João Paulo Xavier Silva ³

¹ Acadêmicos de Enfermagem. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) – Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) - Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

³ Doutor em Cuidados Clínicos Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) - Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

RESUMO

Introdução: A vacinação é uma das estratégias mais seguras e efetivas no campo saúde pública, que tem por objetivo reduzir a incidência de doenças infectocontagiosas. Entretanto a vacinação no Brasil perpassa por momentos históricos e significativos os quais implicam na saúde pública, dentre eles a disparidade na aceitação e recusa vacinal pela população. O estudo tem por objetivo refletir teoricamente acerca das produções que tratam da recusa vacinal no Brasil. Trata-se de estudo teórico do tipo reflexivo, que se remete ao conhecimento histórico da recusa vacinal como movimento ideológico que implica na saúde pública.

Desenvolvimento: Os movimentos antivacinas crescem continuamente no mundo trazendo consigo consequências como o ressurgimento de doenças imunopreveníveis. A deficiência nas informações propagadas tem contribuído para a reemergência das doenças infecciosas e colocando em risco planos mundiais para erradicação de muitas dessas enfermidades. **Considerações finais:** Diante disso, nota-se que a Brasil enfrentou inúmeras resistências, por parte da população, na aceitação da vacina, como ocorrido em 1904, e hoje vê-se algo semelhante devido a disseminações das *fake News* em relação aos

imunizantes, causando grandes impactos na rede de imunização, fazendo com que várias doenças já erradicadas voltassem a ser motivo de preocupação.

Palavras-chave: Vacinação. Enfermagem. Desinformação.

ABSTRACT

Introduction: Vaccination is one of the safest and most effective strategies in the field of public health, which aims to reduce the incidence of infectious diseases. However, vaccination in Brazil has gone through significant historical moments which have an impact on public health, including the disparity in acceptance and refusal of vaccines by the population. Articles that do not follow the guidelines present in this template will not be sent for evaluation. To save time and better adapt to the rules, write your work in this document, following all the information in this template. The aim of this study is to reflect theoretically on productions dealing with vaccine refusal in Brazil. It is a reflective theoretical study, which refers to the historical knowledge of vaccine refusal as an ideological movement that implies public health. **Development:** Anti-vaccine movements are continually growing around the

world, bringing with them consequences such as the resurgence of vaccine-preventable diseases. Poor information has contributed to the re-emergence of infectious diseases and jeopardized global plans to eradicate many of these illnesses. **Final considerations:** In light of this, it can be seen that Brazil has faced a lot of resistance from the population in accepting the vaccine, as happened in

1904, and today we are seeing something similar due to the spread of fake news in relation to immunizers, causing major impacts on the immunization network, making several diseases that have already been eradicated a cause for concern again.

Keywords: Vaccination. Nursing. Disinformation.

1. INTRODUÇÃO

A vacinação é uma das estratégias mais seguras e efetivas no campo da saúde pública, que tem como objetivo reduzir a incidência de doenças infectocontagiosas, a partir do manejo de partículas do próprio patógeno. Apresenta-se na forma atenuada ou inativada, estimulando no organismo a produção de anticorpos contra microorganismos infecciosos (SBIM 2019; MS 2020).

Segundo Mizuta *et al.*, (2019) a vacinação pode ser considerada uma estratégia de prevenção individual e coletiva com excelente custo-efetividade, tendo em vista o enorme impacto causado na saúde, evitando milhares de mortes por ano além de aumentar a expectativa de vida da população, prevenindo o surgimento de inúmeras doenças.

No Brasil o histórico de vacinação percorre diversos momentos emblemáticos, dentre os quais se pode pontuar momentos díspares na aceitação e recusa vacinal pela população. Os movimentos antivacinas são antigos no Brasil, uma das manifestações mais famosas ocorreu em 1904, ficando conhecida como “A Revolta da Vacina”, reação dos cariocas da época frente à vacinação da Varíola (SATO 2018).

Todavia, na contemporaneidade, em um momento no qual a sociedade tem acesso a evidências científicas, no decorrer de uma pandemia repleta de *fake news* evidenciou-se movimentos de recusa vacinal caracterizados pela resistência a vacinação e questionamentos em relação a legitimidade das vacinas ofertadas (SARAIVA; FARIA 2019).

Apesar do impacto na redução de casos e mortes pelas doenças imunopreveníveis, movimentos antivacinação são cada vez mais frequentes e persuasivos na atualidade. Tais estratégias utilizam como meio a distorção e divulgação de informações falsas que, alegando uma base científica sem fundamentos, questionam a eficácia e segurança de diversas vacinas (APS *et al.*, 2018).

Essa recusa vacinal pode ter implicações para saúde pública quando não houver atuação de profissionais de enfermagem competentes para as atividades relacionadas a educação em saúde da população, nos quais se faz importante desmistificar mitos e tabus acerca da vacinação (VIEGAS *et al.*, 2019).

A recusa vacinal induz atitudes que colocam em risco não só a saúde do não vacinado, mas de todos à sua volta, inúmeras doenças que já haviam sido erradicadas, ameaçam ressurgir. Segundo Mizuta *et al.*, (2019) a desinformação, informações erradas/insuficientes, mitos, informações pseudocientíficas podem ser considerados causas dessas atitudes.

Morgado e Souza (2022) ressaltam a importância de garantir que todos os profissionais da saúde conheçam e propaguem os benefícios da imunização, educar crianças através de programas escolares sobre a importância da imunização, detectar e abordar a hesitação na população, comunicação efetiva e trabalhar colaborativamente com a população.

Como citado anteriormente, se faz necessário a realização da educação em saúde pelos profissionais da atenção básica, sobretudo no estágio supervisionado durante a formação de acadêmicos de enfermagem, formando os futuros profissionais para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. É importante refletir a respeito desse tema, para fortalecer a perspectiva da vacina como um direito e não como uma obrigação.

Diante do exposto, o estudo tem por objetivo refletir teoricamente acerca das produções que tratam da recusa vacinal no Brasil.

2. DESENVOLVIMENTO DA REFLEXÃO TEÓRICA

2.1. RESGATE HISTÓRICO DA VACINAÇÃO NO BRASIL

A vacinação em humanos é uma prática milenar, desenvolvida e aprimorada ainda em meados dos anos de 1796 por meio do naturalista e médico franco-inglês Edward Jenner, que inicialmente inoculou crianças com o cowpox vírus, retirados de bovinos, com a finalidade de imunizá-los contra a doença viral que mais matou na história, a varíola (BRASIL, 2018).

Logo após o grande feito de Edward Jenner ser divulgado no trabalho “Um Inquérito sobre as Causas e os Efeitos da Vacina da Varíola” de 1798, a notícia se espalhou mundo a fora surgindo assim vários opositores. Entretanto, com o passar do tempo e o avanço tecnológico e científico, iniciou-se a fabricação de imunobiológicos mais eficazes e eficientes, sendo hoje imprescindíveis para a população (HOMMA, 2011).

Logo, no Brasil e no mundo, sugeriram programas que incentivavam e ressaltavam a obrigatoriedade da vacinação, aumentando a área de proteção da população, diminuindo a incidência de muitas doenças imunoprevineíveis e erradicando outras, como a poliomielite. Hoje, o Programa Nacional de Imunização (PNI) coordena essas ações e o controle dessas enfermidades no Brasil (HOMMA, 2011; BUJES, 2012).

As atividades de controle de endemias no Brasil, intensificou-se em meados do século XIX, mediante ao surgimento da microbiologia. Nesse período, o Brasil encontrava-se em meio a um cenário de caos evidenciado pelo alastramento da varíola, febre amarela e cólera, doenças que estavam trazendo inúmeros transtornos, não só para saúde pública, mas também para exportação do café, ameaçando os interesses do modelo econômico agrário da época (BUJES, 2012).

Vários imunizantes foram desenvolvidos do final do século XIX a meados do século XX, sendo em sua maioria antígenos vacinais inativados e agentes microbianos atenuados, já por volta de 1960 intensificou-se o desenvolvimento da tecnologia de culturas de células in vitro, com isso o surgimento das vacinas atenuadas sarampo, caxumba e rubéola, e a poliomielite inativada (HOMMA, 2011).

Em 1973 o Ministério da saúde determinou a formulação do Programa Nacional de Imunização (PNI), com o intuito de coordenar as ações de imunização, que até o momento, se caracterizavam pela sua descontinuidade e pequena área de cobertura. Na época da criação do PNI o suprimento de vacinas no Brasil era, em sua maioria, dependente de importação tornando o acesso a esses imunobiológicos de difícil acessibilidade (BRASIL, 2020).

O PNI foi institucionalizado em 1975 e passou a coordenar as atividades de imunização no país, concretizando-se por seguir, principalmente, os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), procurando manter a integridade das ações de imunização realizada no Brasil. A legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 de 30-10-1975 e Decreto 78.231 de 30-12-76) deu ênfase às atividades permanentes de vacinação e contribuiu para fortalecer institucionalmente o Programa (BRASIL, 2020).

2.2. “A REVOLTA DA VACINA NO SÉCULO XXI”: IDEOLOGIA E DESINFORMAÇÃO NO TEMPO DAS FAKE NEWS

Os movimentos antivacinas crescem continuamente no mundo trazendo consigo consequências como o ressurgimento de doenças imunopreveníveis. A deficiência nas informações propagadas tem contribuído para a reemergência das doenças infecciosas e colocando em risco planos mundiais para erradicação de muitas dessas enfermidades (TEIXEIRA, 2018).

Tais movimentos distorcem e divulgam Fake News, alegam bases científicas para questionar eficiência, eficácia e segurança das vacinas, além da sua forma de produção. Vale acrescentar que locais com maior acesso às mídias sociais possuem crescente incidência de indivíduos contrários à vacinação devido ao acesso facilitado às informações falsas (SATO APS, 2018).

Segundo Teixeira (2018), a expressão *fake news* surgiu no século XIX em substituição ao termo *fake news*, para representar as notícias fabricadas e fraudadas pelos meios de comunicação de massa e impostas como verdades por revistas, jornais, rádios e canais de televisão. Dessa maneira, as fakes news surgiram na imprensa – o termo foi cunhado para apontar um produto da mídia, na época em que a imprensa se mantinha praticamente como emissora única da verdade.

Atualmente, uma a cada cinco *fake news* que circulam no Brasil é sobre vacinas. Notícias falsas a respeito de imunizantes, com dados estatísticos distorcidos acerca de contágio, óbito, cura e métodos caseiros de prevenção e cura da COVID, predominantemente usam o nome da Fiocruz como fonte da informação, com o intuito deliberado de defraudar o nome da instituição e dar confiabilidade ao engano, de maneira criminoso e proposital (HOMMA, 2011).

Na pandemia, foi incontável a quantidade de *fake News*, que surgiu. Onde acarretou danos graves que custou a vida de milhares de pessoas. Hoje as notícias circulam muito rápido e não é todo mundo que sabe buscar se a informação é falsa ou verdade e, acaba que na maioria das vezes compartilham mesmo sem ter a certeza. Pessoas que buscam apenas visualizações nas redes sociais, mídia, engajamento. E, é assim que espalham as fake News com tanta facilidade (TEIXEIRA, 2018).

No dia 8 de janeiro de 2021, publicações desinformativas que acumulavam cerca de 8.913 compartilhamentos ganharam o selo de falso pela ferramenta de verificação do Facebook diziam que a *Pfizer* teria alertado que as vacinas contra o vírus da Covid-19 poderiam causar má-formação em fetos. Todo esse mal-entendido começou porque na época dos testes dos imunizantes a empresa teria exigido que os voluntários utilizassem métodos contraceptivos ao decorrer das experiências, a agência aos fatos ouviu um especialista da *Pfizer* que os informou que a técnica aplicada nesta vacina não poderia ser capaz de causar mutações genéticas (SANTOS, 2020, p. 8).

Geralmente, durante os períodos de teste, o protocolo de orientações recomenda o uso de métodos contraceptivos com o intuito de diminuir o risco da inclusão de alguém no início de uma gravidez não diagnosticada porque as gestantes só participam dos testes quando o objeto de pesquisa é direcionado a elas (DOMINGUES et al., 2019).

No contexto da pandemia, o negacionismo científico foi conduzido principalmente por líderes políticos e religiosos que minimizam a gravidade da doença, não seguem os protocolos de segurança reconhecidos internacionalmente, compartilham sistematicamente desinformações, incentivam aglomerações, receitam o uso de medicação sem nenhuma comprovação científica fortalecendo o hábito de automedicação, e ainda, “se omitem no

desenvolvimento de Políticas Públicas, deliberadamente ou por inépcia, permitindo o esgotamento do Sistema Único de Saúde que é referência mundial para a saúde” (SANTOS, 2020, p. 6).

Dessa forma, o discurso negacionista questiona o valor histórico do conhecimento científico, dos argumentos racionais e da experiência adquirida ao longo dos anos, ao defender a ideia de que todas as opiniões têm o mesmo valor. Nesse sentido, vale-se de versões discursivas fragmentadas e anacrônicas para alavancar o antagonismo a fim de explicar qualquer fato, seja social ou natural, como tendo igual poder explicativo, pondo o senso comum, na maioria das vezes, como argumento de igual valor para contradizer o conhecimento científico (DOMINGUES et al., 2019).

Durante a pandemia, as declarações públicas do presidente Jair Bolsonaro contribuíram para legitimar a hesitação vacinal, dando maior visibilidade e alcance a seus argumentos. Os próprios indivíduos hesitantes, embora articulados sobretudo por meio de redes sociais, não são um grupo homogêneo (MARTINS et al., 2017).

Podem recusar apenas uma ou diversas vacinas, por motivos variados, entre os quais se destacam as crenças de que: a) a vacina contém elementos tóxicos; b) o sistema imunológico da criança é imaturo para lidar com tantas vacinas; c) as vacinas são parte de uma conspiração comercial da indústria farmacêutica; d) a imunidade natural é melhor; e) a maior parte das doenças é inofensiva para a maioria das crianças; f) as doenças imunopreveníveis se reduziram pela melhoria das condições sanitárias, e não por causa da vacinação; g) a liberação de vírus por dejetos, após a administração de uma vacina de vírus vivo, pode levar ao adoecimento (MARTINS et al., 2017).

Com o avanço das tecnologias de comunicação, os smartphones passaram a ser a nossa tela principal do dia a dia, com isso, a disseminação de informações falsas tornou-se cada vez mais rápida e frequentes. Evidenciou-se um exemplo desse avanço tecnológico no ano de 2020, com o surgimento da pandemia do COVID-19, na qual houve uma propagação exacerbada das *Fake News*, quase 75% da população acreditava em notícias falsas sobre a real a patologia (COFEN, 2020).

Sendo assim, ressalta-se a importância da implantação de estratégias que possibilitem, que os profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde, eduquem a população desmistificando tabus acerca da vacinação. Desmistificando informações falsas, repassando conhecimento claro e sucinto, visando a garantia da qualidade de vida e prevenção de doenças dos usuários (OLIVEIRA et al, 2018)

Ademais, é fundamental que os profissionais de saúde que atuam em sala de vacinação possam desenvolver com a população atividades com educação permanente em saúde, uma estratégia transformadora de práticas de saúde, obtendo assim um diálogo contínuo com a população a fim de conscientizar e esclarecer sobre notícias inverídicas (MARTINS et al., 2017).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se pode ressaltar a importância da vacina sem falar da ciência e pesquisa, que são a chave para a existência do avanço e desenvolvimento no âmbito da imunização. Todavia, é importante debater também sobre o compartilhamento de notícias falsas que corroboram para movimentos de recusa vacinal.

Nota-se que mesmo depois de vivenciar momentos difíceis de negacionismo à vacinação, no qual se desenvolveram movimentos históricos contra a vacina, os quais são lembrados ainda hoje, as fake News vêm se tornando um meio importante de desinformação na atualidade.

É inadmissível que nos tempos atuais, no qual se tem grandes avanços no âmbito da tecnologia e informação, ainda haja movimentos antivacinas significativos, que traga prejuízos para a população e para saúde pública, a ponto de evidenciar o ressurgimento de doenças já erradicadas.

A desinformação é o fundamento para a criação das fakes News, um processo de desconhecimento que gera informações inverídicas causando sérios danos. Assim, o profissional de enfermagem se caracteriza como importante meio de propagação da ciência por meio da promoção da saúde à sociedade, desmistificando notícias falsas e reforçando as evidências científicas.

REFERÊNCIAS

APS, Luana Raposo de Melo Moraes et al. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, 2018.

BARCELOS, Thainá do Nascimento et al. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 45, p. e65, 2021.

BATTAGLIA, Rafael. A epidemia de meningite dos anos 1970 – e como a ditadura militar a escondeu. Super Interessante, 08 jun. 2020. Disponível em: <https://super.abril.com.br/historia/a-epidemia-de-meningite-dos-anos-1970-e-como-aditadura-militar-a-escondeu/>. Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. A história das vacinas: uma técnica milenar [Internet], 2018. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível: <https://bit.ly/3kZ8xBJ>. Acesso em 03/09/2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Programa Nacional de Imunizações – Vacinação, 2020. Disponível em: Programa Nacional de Imunizações - Vacinação — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acesso em 02/09/2023.

BUJES, M. K. Motivos do atraso vacinal em crianças e estratégias utilizadas para amenizar o problema: uma pesquisa bibliográfica [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

COFEN adere a Carta dos Profissionais de Saúde contra Fake News: Campanha conclama Redes Sociais a alterarem algoritmos e notificarem usuários expostos a fake news sobre COVID-19. [S. l.], 13 maio 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-adere-a-carta-dos-profissionais-de-saude-contrafake-news_79772.html. Acesso em: 6 set. 2023.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Cofen adere a carta dos profissionais de saúde contra fake news [Internet]. Brasília, DF: COFEN; 2020 [cited 2020 Jun 04].

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, p. e20190223, 2019.

GALHARDI, Cláudia Pereira et al. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 1849-1858, 2022

HOMMA, Akira et al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. *Ciência & saúde coletiva*, v. 16, n. 2, p. 445-458, 2011.

MARQUES, Ronualdo; RAIMUNDO, Jerry Adriano. O Negacionismo científico refletido na pandemia da covid-19. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, v. 7, n. 20, p. 67-78, 2021.

MARTINS, Jéssica Rauane Teixeira et al. Permanent education in the vaccination room: what is the reality?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 668-676, 2018.

Ministério da Saúde - Brasil - O que é a vacinação. Disponível em: <https://www.minsaude.gov.br/index.php/documentosite/outros-documentos/kit-informativo-da-semana-africana-de-vacinacao/192-o-que-e-a-vacinacao/file>. Acesso em 21/08/2023.

MIZUTA, A.H. et al. Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. *Rev Paul Pediatr*, v.37, n.1, p.34-40, 2019.

MORGADO, Flávia Waltrick; DE SOUZA, Kellen Meneghel. Hesitação Vacinal em Ambulatório-Escola. *Revista da AMRIGS*, v. 66, n. 3, p. 675-681, 2022.

NASCIMENTO, Vitoria Caroline da Silva. A disseminação de fake news sobre a vacina da Covid19 no Brasil em 2021: um estudo da agência aos fatos. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

OLIVEIRA, Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. *Edufrn, Natal*, p. 114-125, nov. 1997.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al. A percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação. *Revista Cuidarte*, v. 10, n. 1, 2019.

REZENDE, J. M. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. *Varíola: Uma Doença Extinta*, São Paulo, p. 227-230, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: SARAIVA, Luiza JC; FARIA, JF de. A Ciência e a Mídia: A propagação de Fake News e sua relação com o movimento anti-vacina no Brasil. In: 42º Congresso Brasileiro De Ciências Da Comunicação, Belém (PA). 2019.

SATO APS. What is the importance os vaccine hesitancy in the drop os vaccination coverage in Brazil? *Rev. Saúde Pública*. 2018; 52,96.

Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM) - Vacinas. 2019. Disponível em: <https://familia.sbim.org.br/vacinas>. Acesso em 21/08/2023.

TEIXEIRA, Adriana. Fake news contra a vida: desinformação ameaça vacinação de combate à febre amarela. 2019.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca et al. A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 351-360, 2019.

CAPÍTULO IV

OS NOVOS ARRANJOS FAMILIARES E SUAS REPERCUSSÕES NO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE BRASILEIRA

THE NEW FAMILY ARRANGEMENTS AND THEIR REPERCUSSIONS ON HEALTH CARE IN BRAZILIAN PRIMARY HEALTH CARE

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-4

Maria Rayanne Silva do Nascimento ¹
Jonas Vitor de Araújo Silva ¹
Paulo Gomes das Neves ¹
Pamela das Dores de Azevedo ¹
Aline Morais Venancio de Alencar ²
João Paulo Xavier Silva ³

¹ Acadêmicos do curso de enfermagem, Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) – Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

² Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade do ABC. Docente no curso de enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) – Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

³ Doutor em cuidados clínicos em enfermagem e saúde (UECE). Docente no curso de enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) – Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

RESUMO

No decorrer dos anos as configurações familiares têm passado por modificações, ora em interpretações no modelo de comportamento individual, ora nos relacionamentos sociais. Antes considerada o único meio de produção e de reprodução, o modelo tradicional, vem cedendo espaço para os diferentes tipos de família. A composição difere entre parceiros separados ou divorciados; casais do mesmo sexo; uniões de pessoas com filhos de outros casamentos; mães sozinhas, pais sozinhos com seus filhos; avós cuidando de netos; e uma infinidade de formas a serem definidas. Diante dessa concepção, no Brasil, há uma preocupação voltada para a assistência à saúde dessas famílias, uma vez que as instituições ainda resistem em adaptar o acolhimento a esses novos arranjos. Diante disso, torna-se imprescindível que os serviços de saúde, especialmente, a atenção básica, reformulem o modelo de cuidado à medida que estejam estruturados para acolher esse público conforme sua individualidade.

Palavras-chave: Atenção básica. Núcleo familiar. Relações familiares. Características da família

ABSTRACT

Over the years, family configurations have undergone changes, sometimes in interpretations in the individual behavior model, sometimes in social relationships. Previously considered the only means of production and reproduction, the traditional model has been giving way to different types of families. The composition differs between separated or divorced partners; same-sex couples; unions of people with children from other marriages; mothers alone, fathers alone with their children; grandparents taking care of grandchildren; and an infinite number of shapes to be defined. Given this conception, in Brazil, there is a concern focused on health care for these families, since institutions still resist adapting reception to these new arrangements. Therefore, it is essential that health services, especially primary care, reformulate the care model as they are structured to accommodate this public according to their individuality.

Keywords: Primary care. Family nucleus. Family relations. Family characteristics

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos o termo Família tem sofrido diferentes interpretações no que concerne ao comportamento dos sujeitos e seus relacionamentos afetivos. Com as diversas formas de organização que reverberam na atualidade para novos arranjos familiares, o modelo tradicional não corresponde mais à realidade identificada na maioria dos lares brasileiros (SILVA et al., 2019).

Segundo Madaleno e Rolf (2020, p.102) a família patriarcal, hierarquizada, heteroparental, biológica, institucional vista como unidade de produção e de reprodução cedeu lugar para uma família pluralizada, democrática, igualitária, hétero ou homoparental, biológica ou socioafetiva, construída com base na afetividade e de caráter instrumental.

De acordo com Engels (1984, p.124): A família como uma instituição social deve progredir na mesma proporção com que progrida a sociedade, se modificando a medida que a sociedade se modifique. A família é então o produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema.

Em uma pesquisa anual intitulada Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, revelam que, desde 2005, o perfil composto unicamente por pai, mãe e filhos deixou de ser maioria nos domicílios brasileiros. Na pesquisa de 2017, o tradicional arranjo ocupava 42,3% dos lares pesquisados. Uma queda de 7,8 pontos percentuais em relação a 2005, quando abrangia 50,1% das moradias. Por outro lado, novas organizações familiares ganharam força (IBGE 2017).

Segundo Albuquerque (2018) essas novas organizações familiares podem variar em combinações de diversas naturezas, sendo nas relações estabelecidas, ou na composição familiar. A composição diverge entre parceiros separados ou divorciados; casais do mesmo sexo; uniões de pessoas com filhos de outros casamentos; mães sozinhas, pais sozinhos com seus filhos; avós cuidado de netos; e uma infinidade de formas a serem definidas.

Albuquerque et al., (2018) citam que mesmo com os novos rearranjos familiares e a desnaturalização do conceito hegemônico e tradicional de família, ainda parece existir uma representação considerada ideal, imposta e concebida pelo ordenamento social, como um padrão e/ou meta a ser atingida, o que leva as demais composições familiares a um esquecimento, principalmente no que discerne o âmbito saúde.

Para o Ministério da Saúde, família é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica, normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui todos os moradores do domicílio ocupado. Sendo que cada domicílio

corresponde a uma família (VEGAS, 2020). Nesta concepção observamos que há uma preocupação voltada para o cuidado dos membros, já que se trata de uma questão de saúde.

Assim, as demandas dos novos modelos de famílias nos serviços de saúde exigem formas de cuidados e interação diferenciados, que considerem suas peculiaridades. No Brasil, a atenção básica à saúde é expressa pela assistência à saúde da família. Ao organizar o processo de cuidado, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve levar em conta a diversidade cultural, religiosa, racial, social e familiar dos usuários sob sua responsabilidade, já que o processo de cuidado se baseia no vínculo com a comunidade adscrita em uma área geográfica específica (VEGAS, 2020).

Tendo em vista as mudanças na estrutura familiar propomos um estudo reflexivo para pensar a Estratégia de Saúde das Famílias, no plural, pois defendemos assim o caráter das múltiplas configurações familiares e de arranjos parentais que trazem o afeto como aspecto predominante na estrutura familiar, não a relação biológica ou parentesco consanguíneo. Tendo assim direito a serviços de saúde, bem como um cuidado holístico e humanizado (MATHIS, 2020).

Esse estudo tem como objetivo, refletir teoricamente acerca dos novos arranjos familiares no Brasil e sua implicação na atenção básica à saúde.

2. DESENVOLVIMENTO DA REFLEXÃO TEÓRICA

2.1. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE FAMÍLIA

Na família medieval o patriarca ocupava um papel central em sua vivência, se configurando como uma “encarnação familiar de Deus” governava de forma absoluta sobre a mulher, sobre os filhos e sobre os escravos, tendo o poder sobre a vida e morte de todos. Suas punições não eram contestadas, posto que sua autoridade prevalecia até mesmo contra a leis do próprio estado e só se extinguiu com a sua morte (SILVA, 2019).

O pai transpassava o patrimônio aos seus descendentes por uma via dupla: pela questão parental o sangue que lhe permitia uma semelhança e por seu nome que passava a identidade, a continuação do nome pelos descendentes assegurava ao pai uma sensação de imortalidade (FRAGOSO, 2020).

Silva (2019) ressalta que a família é o conjunto de pessoas que descendem de um tronco ancestral comum; restringindo assim a um grupo formado apenas pelos genitores e seus filhos. Já o matrimônio por grupos era designado de modo que cada mulher pertencia a todos os homens e um homem a todas as mulheres.

Farias (2020) ressalta a necessidade de considerar a família em conceito amplo, ou seja, o conjunto de pessoas unidas por vínculo jurídico de natureza familiar, abrangendo os ascendentes, descendentes e colaterais de uma linhagem, incluindo também os do cônjuge, que denominam parentes por afinidade ou afins.

Tralhão (2020) esclarece que as novas modalidades de família são oriundas das transformações históricas e ideológicas que sofreu, pois, seu caráter patriarcal foi substituído na atualidade pela valorização da solidariedade e afetividade entre seus membros. A entidade familiar recepciona o perfil constitucional da dignidade da pessoa humana, abandonando o significado que a tornava puramente instituição jurídica e a promovendo personalidade, agora adequada, a fase contemporânea, renovando suas definições, não requisitando laços naturais para sua composição, mas agregando legitimidade aos laços afetivos e buscando submeter às intervenções estatais à compatibilidade funcional das modernas questões familiares.

Na atualidade a família passou por novas configurações, com isso se torna cada vez mais complexo definir o termo família. Diante disso, é essencial buscar uma visão múltipla do que é família, reconhecendo as mais diferentes formas de arranjos familiares, trazendo sempre o subsídio que permita definir o conceito de entidade familiar e todos os relacionamentos que possui um vínculo de afetividade, independentemente de sua formação (TRALHÃO, 2020)

Para Guatrochi (2020), podem-se qualificar os tipos de família da seguinte maneira: família matrimonial; família informal; família ou união homoafetiva; família monoparental; família parental; família pluriparental; família paralela; eudomonista; família unipessoal; entrelaçados por suas características sociais claramente definidas, tais quais, quantas gerações abrange, avós; pais e filhos; a dominação de poder para chefiar a família: Patriarcais ou Matriarcais; se os genitores são ausentes; ajuizando os objetivos da união, nos casos de procriação, criação dos filhos, com ou sem casamento, produção independente, afetividade, ou ainda alternativa, quando a motivação aborda formas de convivência e afinidades; por último e não mais tão polêmico, o gênero e a relação afetiva dos adultos envolvidos.

Confirma-se, portanto, que sob a perspectiva social, a família adequou-se à esfera contemporânea e renovou suas definições, não demandando laços naturais para sua composição, mas complementando legitimidade aos laços afetivos e buscando submeter às intervenções estatais à compatibilidade funcional das modernas questões familiares (DUMONT 2020).

2.2. PRÁTICAS DE SAÚDE VOLTADAS A FAMÍLIA

No contexto brasileiro, muitas discussões ocorrem acerca do sistema de saúde. A Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada a base de um sistema de saúde racional, que oferecer uma atenção organizada para que haja o funcionamento eficaz, eficiente e equitativo; sendo a porta de entrada para os demais serviços (OLIVEIRA, 2022).

A Saúde da Família se destaca como estratégia para reorganização da atenção primária, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Sua expansão ganhou novo impulso a partir de 1996, com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 96, que teve como uma das metas a expansão da Saúde da Família, se dando de forma integrada ao sistema de saúde, articulando as diferentes ações programáticas desenvolvidas, em especial, nos sistemas municipais de saúde (TAROCO, 2020).

O contexto familiar é o ponto chave para a identificação do processo de adoecimento, é onde os fenômenos da saúde e de doença apresentam maior relevância. O impacto da doença recai sobre todos os membros da família, e suas crenças e costumes exercem total influência sobre o processo de cura dos mesmos. Tais características tornam a família uma unidade de cuidados que deve vista com olhar amplo, sendo um ponto de relevância fundamental para os formuladores das políticas bem como os gestores do SUS (GOMES, 2020).

A insatisfação da população em 1994 levou o Ministério da Saúde (MS) a instituir o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF teve início com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – (PACS), ocorrida no Ceará no final dos anos 1980 e tinha como foco ser elo entre a comunidade e os serviços de saúde, prestando na unidade de saúde e no domicílio uma assistência integral e contínua com resolutividade e boa qualidade a população adscrita, além de intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde e principalmente humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população (SILVA, 2019).

Embora rotulado como Programa de Saúde da Família (PSF), por suas especificidades, se distingue dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma ação de cuidado continua, se caracterizando principalmente como uma estratégia que possibilita a integração e organização das atividades em um território definido, visando resolver dos problemas identificados (TAROCO, 2020).

Atualmente o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização, por esse motivo ocorreu somente uma mudança de nomenclatura (SILVA, 2019).

Desse modo se sugere a respectiva pergunta: O novo modelo de Estratégia de saúde da família, não deveria se denominar de Estratégia de Saúde das famílias? Levando em conta os variados arranjos familiares.

Esta concepção restritiva da estratégia de saúde da família (ESF) assume uma estrutura nuclear como padrão universal, se tornando um mecanismo que legitima diferenças socialmente injustas, com repercussões sobre as direções assumidas pelas políticas ditas da família nuclear, que tendem a dirigir-se a membros individuais, fazendo com que as demais composições não se sintam pertencentes ao serviço de saúde, o que implica diretamente no seu adoecimento (FRAGOSO, 2020).

Assim cabe aos profissionais que realizam esse trabalho, ter clareza, da complexidade das relações sociais que envolvem essas famílias, sendo fundamental conhecer a família em suas múltiplas configurações e formas de organização, apreendendo suas particularidades como pertencentes a diferentes culturas, etnias, religiões e classes sociais, prestando um cuidado universal e humanizado. (JUNIOR, 2019).

2.2.1. ARRANJOS FAMILIARES NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

No transcorrer dos anos, o conceito familiar passou por diversas modificações. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, no Brasil, foram decididamente rompidos os traços discriminatórios do Código Civil de 1916. Tendo em vista a manutenção da dignidade humana e motivada em valores morais contemporâneos, a Constituição Federal aumentou o espectro da família, fundamentando outras formas de estruturação familiar (BRASIL, 2009).

Antes da legislação atual, casamento representava o eixo central do direito da família. Entretanto após a sua reformulação, o termo família passou a abranger diversos arranjos: a união formada por casamento, união estável entre o homem e a mulher e a comunidade de qualquer dos genitores com seus dependentes (BRASIL, 1988).

A fim de acompanhar a evolução da sociedade e novos conceitos de família, no qual a atual legislação deixou de incluir. Em 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF), com o intuito de amenizar as consequências negativas, decidiu pelo reconhecimento da união estável para casais do mesmo sexo (BRASIL, 2011).

Para Mioto (2020), o elemento que caracteriza a família atual não deve estar vinculado ao casamento, às relações de sangue, tampouco na diferença de sexo do par, mas sim, na comunhão espiritual e de vida verdadeira que une as pessoas com mesmo objetivo de vida e comprometimento mútuo.

Garcia (2018) diz que as famílias recuperam um lugar de destaque na política social, em que ela é beneficiária e, ao mesmo tempo, parceira, e pode-se até dizer, uma mini prestadora de serviços de proteção e inclusão. Desta forma, mediante a incapacidade de ampliar os privilégios prometidos à população, ocorre uma abertura dos serviços de atenção a diversas demandas, dentre as quais estão nos serviços na Atenção Básica de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica de Saúde do Ministério da Saúde, publicada em 2006, reafirma a família como sujeito do processo de cuidado e define o domicílio como o contexto social em que se constroem as relações intra e extrafamiliares e se efetiva a luta pela sobrevivência e pelas condições de vida (BRASIL, 2006).

Essa organização da atenção à saúde tem como foco a família e a introdução de procedimentos determinados por uma equipe multiprofissional. Contudo, indaga-se sobre a que tipo de categoria de família o programa se refere e propõe-se atender. Do mesmo modo, questionam-se quais são as compreensões e manejos dos profissionais com as diferentes organizações familiares e qual seria a percepção da família como unidade de saúde (VEGAS; ZOBOLI, 2020).

Independentemente dos novos arranjos familiares, que culminam em desnaturalização do conceito tradicional e hegemônico de família, do ponto de vista de alguns profissionais que atuam na atenção básica, ainda parece existir apenas um modelo “ideal” de família, concebido e imposto pelo ordenamento social, como um padrão a ser atingido a qualquer preço (Albuquerque, 2018a).

Contudo, apesar do surgimento de múltiplos arranjos familiares, a assistência prestada às famílias persiste de forma conservadora e pouco eficiente, devido estarem enraizadas a uma representação social que (re)afirma o modelo nuclear e patriarcal tradicional de família, no qual contribui de forma negativa na assistência desses usuários (Albuquerque, 2018b).

Compreende-se, portanto, que esses profissionais devem ser preparados de modo que possam atuar frente às situações de risco e vulnerabilidades que essas famílias estão sujeitas, como também que acima de tudo conheçam profundamente cada configuração social no qual envolve o cotidiano delas, uma vez que profissionais atuantes na atenção básica tendem a ser dotados de postura humanizada, propositiva e socioeducativa. Sendo assim, ao considerar e

respeitar a individualidade de cada arranjo familiar, sem julgamento de valores, será possível realizar uma intervenção efetivamente profissional (MELO; MEDONÇA; ANDRADE, 2018).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse trabalho observamos que o mundo está em evolução; tudo muda o tempo todo, como normas, padrões vão se renovando a cada geração isso não seria diferente no contexto familiar; saindo de uma era patriarcal onde só era considerado “família” um grupo de pessoas constituído por pai, mãe e filhos. Mas hoje vemos de forma mais ampla o conceito de família onde independente de gênero a união é aqui constitui o seio familiar.

Torna-se importante abordar esse tema, essa luta por espaço para novos contextos de famílias brasileiras serem inseridos de forma verdadeira no sistema de saúde onde por enquanto é insuficiente para essas famílias, já que só precisam de um ponto de apoio, sem julgamentos; serem visto como o que realmente são, pessoas que por uma união tornaram-se família.

É de grande importância que não somente o sistema de saúde, mas também o judiciário os reconheça como famílias implantando programas, visando um apoio de fato para essas famílias ficarem assistidas. A sociedade também desempenha um papel por muitas vezes negativo para esse contexto; demonstrados preconceitos, julgamentos, apontar de dedos para o próximo, só por expressar e viver sua vida com sua família.

Tornar-se de conhecimento e consciência publica as mudanças que constituem o nosso mundo, os novos arranjos nos quais já fazem parte da sociedade, englobar a todos sem exclusão de nenhuma das partes colocando sempre os princípios da equidade a frente e por meio do conhecimento, dá normalização de novos contextos. Buscar a conscientização de todos.

REFERÊNCIAS

SILVA, Paschoalino, de Gouveia, Ribeiro. **O Conceito de Família sob as Novas Perspectivas Sociais**. Revista Científica UNAR, Araras (SP), v.19, n.2, p.126-141, 2019.

Madaleno, Rolf. Direito de Família. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020. p. 102.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2017. Brasil: IBGE, 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/revista-retratos.html>. Acesso em: 20 agos. 2023

Albuquerque, G. A., Belém, J. M., Nunes, J. F. C., Leite, M. F., & Quirino, G. S.D. (2018). Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na estratégia saúde da família. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 21(1), 104-111.

MATHIS, Adriana de Azevedo; BRAGA, Cilene Sebastiana da Conceição; AMARO, Maria Inês. Políticas sociais direcionadas às famílias com chefia feminina: Um estudo da literatura no Brasil e em Portugal. **Textos contextos (Porto Alegre)**, p. 36997-36997, 2020.

VEGAS, Adriana Barros; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Abordagem de famílias para a atenção primária. **Tecnologias de sistematização da assistência de enfermagem a famílias na atenção primária à saúde**, 2020.

MATHIS, Adriana de Azevedo; BRAGA, Cilene Sebastiana da Conceição; AMARO, Maria Inês. Políticas sociais direcionadas às famílias com chefia feminina: Um estudo da literatura no Brasil e em Portugal. **Textos contextos (Porto Alegre)**, p. 36997-36997, 2020.

JUNIOR, Antonio Jorge Silva Correa et al. Avaliação de unidades familiares não tradicionais e suas implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, 2019.

DA SILVA, Guilherme Carraro Ganem Vieira et al. Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. **Revista Pró-univerSUS**, v. 12, n. 1, p. 60-65, 2021.

DE OLIVEIRA, Eudijessica Melo et al. A importância da estratégia saúde da família para a resolutividade da atenção primária à saúde: uma reflexão. **Saude Coletiva**, v. 12, n. 74, 2022.

GOMES, Clarice Brito et al. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1327-1338, 2020.

FRAGOSO, Gilberto Leão. Quando uma imagem não diz tudo: análise do discurso da logomarca da Estratégia Saúde da Família à luz do conceito de família contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4293-4301, 2020.

TAROCO, Hosane Aparecida et al. GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): ESTUDO DE CASO NO PSF DE APIACÁ-ES. **SAÚDE EM FOCO: TEMAS CONTEMPORÂNEOS-VOLUME 3**, v. 3, n. 1, p. 298-312, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República do Brasil. Vade Mecum Saraiva. 7.ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02 set. 2023.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF). ADPF nº 132 – RJ. Relator: Ministro Ayres Britto. 04 de maio de 2011. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI4277revisado.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2023.

MIOTO, FAMÍLIAS NA CENA CONTEMPORÂNEA: (DES)PROTEÇÃO SOCIAL, (DES)IGUALDADES E JUDICIALIZAÇÃO. 1. ed. Minas Gerais: Navegando 2020.

GARCIA, Joana Angélica Barbosa. Apontamentos sobre a controvertida centralidade da família no trabalho social. *Revista SER Social*, Brasília, v. 20, n. 42, p. 30-54, jan.- jun./2018. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/28771/20999>. Acesso: 02 set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

Vegas, Elma Zoboli, ABORDAGEM DE FAMÍLIAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA. repositorio.usp.2020. Disponível em. < <https://repositorio.usp.br/directbitstream/aec3e3f8-2fdb-4af3-a601-a55464534311/ZOBOLI%2C%20E%20L%20C%20P%20doc%20205e.pdf>> .Acesso em: 03 set. 2023.

ALBUQUERQUE, G.A., Belém, J.M., Nunes, J.F.C., Leite, M. F., & Quirino, G.S.D (2018). Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na estratégia saúde da família. *Revista de Atenção Primária à saúde*, 21(1), 104-111.

Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saude Debate* 2018; 42(esp. 1):38-51.

Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A FAMÍLIA COMO PROMOTORA DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE. *Revista Da UI_IPSantarém*, 8(1), 17-30.

GUATROCHI, Paula Irueste et al. Novas configurações familiares: tipos de família, funções e estrutura familiar. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenções sociais*. N.º. 41 (julho de 2020), 2020 , pp. 11-18.

DUMONT, Jorge Rafael et al. Importancia de la familia: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Horizonte de la Ciencia*, vol. 10, núm. 18, 2020

Trage, Marina Schneider Donelli. QUEM É O NOVO PAI? CONCEPÇÕES SOBRE O EXERCÍCIO DA PATERNIDADE NA FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 57, p., jul./dez. 2020

DA SILVA, Carla Alves; REBELATTO, Djalma; GOUVEIA, D. E. O conceito de família sob as novas perspectivas sociais. **Revista Científica UNAR**, v. 19, n. 2, p. 127, 2019

FRAGOSO, Gilberto Leão. Quando uma imagem não diz tudo: análise do discurso da logomarca da Estratégia Saúde da Família à luz do conceito de família contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4293-4301, 2020.

DE FARIAS, Alanna Larisse Saraiva; JÚNIOR, Carlos Alberto Soares. Evolução Histórica dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Questões Associadas no Brasil. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 14, n. 52, p. 59-76, 2020.

TRALHÃO, Filipa et al. A família como promotora da transição para a parentalidade. **Revista da UI_IPSantarém**, v. 8, n. 1, p. 17-30, 2020.

CAPÍTULO U

DESAFIOS DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO TRANS

CHALLENGES FACED BY NURSES IN PROVIDING SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTHCARE FOR THE TRANSGENDER POPULATION

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-5

Gabriel da Silva Brito ¹
Camila Marcelino Gabriel ¹
Dayana Maria Alencar Ribeiro ¹
Francisco Everton de Matos Ferreira ¹
Aline Morais Venancio de Alencar ²
João Paulo Xavier Silva ³

¹ Acadêmicos de Enfermagem, Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) - Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO).

³ Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO).

RESUMO

Introdução: A diversidade de gênero é um campo complexo de discussões, no qual se abrem espaços para questões ideológicas, doutrinárias e religiosas. No entanto, na assistência à saúde, não deve haver nenhum obstáculo para qualquer população que busque o serviço. O estudo objetiva refletir sobre os desafios dos enfermeiros na assistência à saúde sexual e reprodutiva da população trans.

Metodologia: trata-se de uma revisão narrativa da literatura, foram realizadas buscas por trabalhos publicados em periódicos indexados na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde, através da palavras-chave saúde sexual e reprodutiva, serviços de saúde para pessoas transgênero, cuidado de enfermagem e atenção primária a saúde. **Resultados:** Nesse sentido, a literatura mostrou que para o enfermeiro o atendimento à população trans é um desafio, no que tange a consulta de enfermagem com foco em saúde sexual e saúde reprodutiva, visto que a formação nos cursos de graduação em geral não prepara para o atendimento a especificidades de saúde desses sujeitos. **Considerações finais:** constitui-se numa luta diária pela conquista do princípio constitucional, que prevê o direito pleno à

saúde e a concretização dos princípios do SUS para a população LGBTTQ+.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva. Serviços de saúde para pessoas transgênero. Cuidado de enfermagem. Atenção primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Gender diversity is a complex field of discussions, where spaces are opened for ideological, doctrinal, and religious matters. However, in health care, there should be no obstacle for any population seeking the service. The objective is to reflect on the challenges nurses face in providing sexual and reproductive health care to the trans population.

Methodology: This is a narrative review of the literature. Searches were conducted for works published in journals indexed on the Virtual Health Library platform, using the keywords sexual and reproductive health, health services for transgender people, nursing care, and primary health care.

Results: In this sense, the literature showed that providing care to the trans population is a challenge for nurses, regarding nursing consultations focused on sexual and reproductive health, as undergraduate

courses generally do not prepare students to attend to the health specificities of these individuals. **Final Considerations:** It constitutes a daily fight for the attainment of the constitutional principle, which envisages the full right to health and the realization

of the SUS (Unified Health System) principles for the LGBTTQ+ population.

Keywords: Sexual and Reproductive Health. Health services for transgender people. Nursing care. Primary Health Care

1. INTRODUÇÃO

A diversidade de gênero é um campo complexo de discussões, no qual se abrem espaços para questões ideológicas, doutrinárias e religiosas. No entanto, na assistência à saúde, não deve haver nenhum obstáculo para qualquer população que busque o serviço (ANGONESE *et al.*, 2017).

Esse é um direito expresso na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em seu art. 2º, parágrafo terceiro, que declara: "§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras." (BRASIL, 2017).

Dentro das questões relacionadas à sexualidade e à identidade de gênero encontra-se a população trans. "Trans" é um termo que abrange uma variedade de identidades de gênero, tais como homens trans, mulheres trans, pessoas não binárias, pessoas de gênero fluido, travestis e outras identidades de gênero diversas. Cada indivíduo trans possui sua própria experiência de gênero e pode escolher como deseja se identificar (BRASIL, 2013).

A população trans, especialmente os homens trans, enfrentam atualmente obstáculos relacionados a tabus, estigmas e preconceitos no que diz respeito à sua saúde sexual e reprodutiva. Isso ocorre devido à falta de compreensão de que um homem trans pode possuir órgãos reprodutores femininos. Esse conhecimento é relevante inclusive para a realização do exame citopatológico (ROCON *et al.*, 2020).

Estudos apontam a existência de barreiras para que essa população tenha acesso a serviços de saúde de qualidade, realidade relacionada a processo histórico de discriminação e despreparo dos profissionais de saúde para promover assistência adequada a essa população. (ROSA *et al.*, 2019).

Mediante contexto, é válido destacar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, lançada em 2013 que determina a responsabilidade dos profissionais em promover atendimento a esse público, considerando a diversidade e sem discriminação. Apesar dessa política estar completando dez anos, ainda há profissionais que não têm conhecimento de sua existência. No que se refere à enfermagem, em algumas situações,

a formação acadêmica não oferece os subsídios necessários para discutir questões de gênero e identidade sexual, o que impacta negativamente na assistência. (BRASIL, 2013).

A assistência a essa população no Sistema Único de Saúde, tem como porta de entrada Atenção Primária à Saúde (APS), as unidades inclusas nessa esfera possuem profissionais que atuam nesse cenário, com destaque para o enfermeiro que realiza atividades assistenciais, desenvolvem e implementam atividades de educação em saúde e ações para resolução de problemas, além de estratégias de cuidado e precisam estar preparados para exercer um atendimento de qualidade e acima de tudo ético, respeitando a diversidade, gênero e toda e qualquer outras características relacionadas (RAMOS *et al.*, 2020).

Sendo assim, este estudo tem como objetivo refletir a partir de uma revisão narrativa sobre os desafios dos enfermeiros na assistência à saúde sexual e reprodutiva da população trans.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho, trata-se de uma revisão narrativa da literatura (RNL), apresentando caráter amplo e com objetivo de descrever sobre o tema: “Os desafios dos enfermeiros na assistência à saúde sexual e reprodutiva a população trans”, através da análise e interpretação dos resultados científicos existentes, sob perspectiva teórica.

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu através das seguintes etapas: formulação de pergunta norteadora; seleção da literatura; obtenção dos artigos; análise dos artigos; avaliação dos resultados encontrados e apresentação da revisão.

Nesta revisão narrativa foram utilizadas pesquisas publicados em bases de dados de respaldo científico, utilizando palavras chaves para busca como: serviços de saúde para pessoas transgênero, saúde sexual e reprodutiva e cuidado de enfermagem na atenção primária a saúde.

A seleção dos artigos ocorreu através da leitura dos títulos e resumos, e posteriormente realizada a leitura completa dos estudos disponíveis na íntegra relacionados a temática proposta. Foram escolhidos 6 artigos para análise e interpretação que tratavam especificamente sobre a assistência à saúde sexual a população trans.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após análise dos estudos com textos completos, incluídos nesta revisão foi possível constatar diversos desafios enfrentados por profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro, sendo possível ainda refletir que o despreparo dos profissionais no manejo a

assistência a esse público só contribui para o preconceito e os torna mais vulneráveis aos agravos de saúde.

Diversas são as barreiras que prejudicam o acesso da população LGBTQI+ aos serviços de saúde. A falta de preparo e de sensibilidade dos profissionais é um dos elementos que fortificam essas barreiras assistenciais e acabam fazendo com que essa população tenha seus direitos violados e sofram com a exclusão social, gerando um processo de adoecimento e morte prematura nesse público (BEZERRA, et al, 2019).

Dentre as áreas de prioridade da Atenção Básica em Saúde (ABS), está a atenção em saúde sexual e reprodutiva, que deve ser oferecida à população com ética e humanização, sendo direitos humanos que estão inseridos nas políticas públicas de saúde. Dentre os profissionais que atuam nesses serviços, o profissional de enfermagem tem um papel importante no cuidado e, desse modo, deve buscar a melhoria de suas práticas para proporcionar uma melhor assistência a esse público, dentro de suas demandas e especificidades (ROSA *et al.*, 2019).

Entretanto, a falta de conhecimento e preparo na interlocução dos enfermeiros para com as pessoas trans, principalmente no que se refere lidar com a diversidade de gênero na prática da profissão são barreiras responsáveis por aumentar a discriminação social (ROSA *et al.*, 2019).

A literatura mostra que para o enfermeiro o atendimento à população trans é um desafio, no que tange a consulta de enfermagem com foco em saúde sexual e saúde reprodutiva, visto que a formação nos cursos de graduação em geral não prepara para o atendimento a especificidades de saúde desses sujeitos (ANGONESE *et al.*, 2017).

Nesse sentido, percebe-se como fundamental que a formação dos profissionais de saúde não seja apenas técnica e pautados por uma perspectiva normalizadora de gênero, onde as pessoas atendidas adequem-se a essas concepções essenciais de gênero, mas considere, por exemplo, que nem todo homem tem um pênis, assim como nem toda mulher tem uma vagina, que nem todo homem se relaciona afetivo-sexualmente com mulheres, e vice-versa (ANGONESE *et al.*, 2017).

É impreterível aos enfermeiros e demais profissionais da saúde conhecer as necessidades das pessoas trans, principalmente para entender as demandas condicionantes e determinantes de saúde desse público. Para isso, é necessário construir vínculos que lhe permitam uma relação de confiança durante o atendimento desse público. Construir diálogos que incluam o compartilhamento de saberes sobre seus próprios entendimentos, percepções de entendimento e do que é saúde para elas e, assim, prestar um cuidado mais adequado a essa população (DUARTE *et al.*, 2020).

O Trans deve ser enxergado naturalmente como qualquer outra pessoa e deve ter suas demandas identificadas e atendidas. As demandas de exames ginecológicos (Papanicolau) é uma demanda do homem trans, as demandas de saúde sexual e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são demandas do homem e da mulher Trans (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

É válido destacar que as IST não são demandas condicionadas a esse público, como a maior parte das pessoas, erroneamente, pensam. Diante disso, cabe aos enfermeiros aumentar sua visão além do senso comum e buscar cursos de educação continuada. Principalmente, entendendo que falta conhecimento quanto à diferença entre identidade de gênero e orientação sexual, apesar de, aparentemente banal, ainda existe e isso implica diretamente nas interpelações feitas ao usuário e, conseqüentemente, na qualidade do serviço de saúde a ser oferecido (ANGONESE *et al.*, 2017).

Diversos são os esforços para tornar o sistema menos preconceituoso e mais inclusivo. No Brasil, uma resposta positiva à essa inquietação foi a formulação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT) em 2011, que reconheceu os efeitos negativos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença dessa população. Dessa forma, foi estabelecido e documentado as diretrizes voltadas para mudanças nos determinantes sociais de saúde com vistas à redução das iniquidades, reafirmando o compromisso do Sistema Único de Saúde (SUS) com a universalidade, integralidade e controle social. Conseqüentemente, as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, além do incentivo à produção de conhecimentos voltados para o cuidado desse público, foram tornando-se, paulatinamente, focos de investimento do governo federal (BRASIL, 2013).

Outra vertente, que não faz parte da questão norteadora, mas que foi observada durante a construção da presente pesquisa, se dá no processo de transexualização, destacado por Da Luz *et al.* (2021) que identificaram que 77,8% dos serviços de saúde não orientam ou encaminham satisfatoriamente pacientes trans aos serviços especializados em Processo Transexualizador. O caminho do Processo Transexualizador do SUS se inicia na atenção primária, sendo essa a principal porta de entrada dos usuários no SUS.

O processo transexualizador foi instituído no SUS em 2008, é um processo que garante a assistência do cuidado, respeitando um dos princípios do SUS que trata da integralidade, durante a transição de gênero. Foi redefinido pela portaria GM/MS nº 2.803 (BRASIL, 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos estudos revelaram que o enfermeiro e toda a equipe de saúde enfrentam muitas dificuldades na assistência a população Trans por falta de preparo desde a academia até a prática profissional, onde os serviços não capacitam os profissionais para uma atuação adequada, conforme os direitos que lhe cabem dentro do SUS, sejam atendidos, de forma integral, garantindo assim uma assistência digna e de qualidade.

É urgente o investimento em educação continuada desses profissionais para com a população Trans, afinal, vários artigos mostram a fragilidade na formação dos enfermeiros sobre sexualidade humana e uma fragilidade ainda maior quando referente à diversidade sexual e de gênero. O cuidado de enfermagem à população Trans requer esforços para a proposição de teorias e práticas que resultem em ações eficazes para a redução das iniquidades em saúde, que refletem nas altas taxas de morbimortalidade dessas pessoas.

No contexto geral, superada às defasagens curriculares, é evidente a necessidade do cuidado centrada na visão holística pelos profissionais de enfermagem com ênfase na assistência sexual e reprodutiva dessa população. Entender que o indivíduo deve ser visto e compreendido para além do seu contexto biológico, significa dizer que é necessário entender suas demandas no contexto social-cultural. É preciso abrir mão, sobretudo, de uma visão generalizada do cuidado, considerando que cada indivíduo necessita de um cuidado individualizado e centrado na sua real necessidade. Diante disso, todos os esforços dispensados a esse público integram uma luta diária pela conquista de um princípio constitucional, que prevê o direito pleno à saúde e a concretização real dos princípios do SUS para a população LGBTTQ+.

REFERÊNCIAS

ABADE EAF, FRANÇA JAN, SOUZA ES. Cuidados de enfermagem à população LGBT+. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES (Orgs.). *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade*. Brasília, DF: Editora ABEN; 2022. p. 93-106
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c10>

ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e sociedade*, v. 26, p. 256-270, 2017.

BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe8, p. 305-323, 2019.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT*. Brasília: MS, 2013.

COSTA-VAL, Alexandre et al. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, 2022.

DA COSTA BORGES, Mariana; PASSOS, Marco Aurélio Ninomia. A importância do atendimento humanizado da equipe de enfermagem no cuidado de pacientes trans. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 4, n. 8, p. 12-22, 2021.

DA LUZ, Rodrigo Duarte et al. O Enfermeiro na Promoção da Construção do Gênero da População Transexual na Atenção Básica. *Epitaya E-books*, v. 1, n. 9, p. 11-27, 2021.

DUARTE, Douglas Dias et al. A perspectiva do enfermeiro no cuidado diante da pessoa trans. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 4, p. e61942845-e61942845, 2020.

RAMOS, Lázaro Saluci et al. A humanização da atenção básica a saúde brasileira no atendimento de travestis e transexuais: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 44, p. e2770-e2770, 2020.

ROCON, Pablo Cardozo et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trabalho, educação e saúde*, v. 18, 2019.

ROSA, Danilo Fagundes et al. Assistência de Enfermagem à população trans: gêneros na perspectiva da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 299-306, 2019.

CAPÍTULO VI

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND THEIR IMPLICATIONS FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-6

Naila Caroline Barbosa de Morais ¹
Mariana Alves de Oliveira ¹
Anna Carine dos Santos Tavares ¹
Aline Morais Venancio de Alencar ²
João Paulo Xavier da Silva ³

¹ Acadêmicos do curso de Enfermagem. Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO).

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO).

³ Doutor em Cuidados Clínicos Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

RESUMO

Entende-se como determinantes sociais da saúde um conjunto de aspectos que envolvem micro e macro elementos que incidem diretamente na manutenção da saúde e no adoecimento. Pontuar essa determinação social no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis é essencial no enfrentamento e diminuição dos índices de morbimortalidade. Dentre as referidas patologias, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. Esse estudo tem por objetivo desenvolver uma reflexão teórica acerca da determinação social da saúde e sua implicação nas doenças crônicas não transmissíveis, especificamente na hipertensão arterial sistêmica e na diabetes mellitus. O desenvolvimento da reflexão divide-se em duas seções principais: Influência dos determinantes sociais em saúde nas DCNT e Enfrentamento das DCNT e seus determinantes no contexto da Atenção Básica. Infere-se que as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem desempenham um papel crucial na determinação da saúde e no desenvolvimento dessas doenças crônicas.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Saúde pública.

ABSTRACT

Social determinants of health are understood to be a set of aspects involving micro and macro elements that directly affect the maintenance of health and illness. Pointing out this social determination in the development of chronic non-communicable diseases is essential in tackling and reducing morbidity and mortality rates. Among these pathologies, systemic arterial hypertension and diabetes mellitus stand out. The aim of this study is to develop a theoretical reflection on the social determination of health and its implications for chronic non-communicable diseases, specifically systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. This reflection is divided into two main sections: Influence of social determinants of health on NCDs and Coping with NCDs and their determinants in the context of Primary Care. It is inferred that the conditions in which people are born, grow up, live, work and age play a crucial role in determining health and the development of these chronic diseases.

Keywords: Social Determinants of Health. Chronic Non-Communicable Diseases. Public Health

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) foram responsáveis por 70% das mortes a nível mundial no ano de 2019. Representam uma alta carga de ônus para o serviço público, desde aqueles relacionados ao acompanhamento de doenças incuráveis, como Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), até pelos gastos de uma hospitalização por complicações desses agravos (BRASIL, 2023).

Dentre as principais DCNTs destacam-se a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, a primeira está vinculada a elevação e sustentação dos níveis pressóricos por tempo prolongado, e a outra à insuficiência da metabolização dos carboidratos, resultando em níveis glicêmicos elevados. No que diz respeito a abordagem dessas condições, faz-se necessário pontuar a determinação social do processo saúde-doença (BRASIL, 2021a).

Entende-se como determinantes sociais da saúde um conjunto de aspectos que envolvem micro e macro elementos que incidem diretamente na manutenção da saúde e no adoecimento. O modelo seminal proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), dispõe desses elementos em camadas, partindo dos aspectos individuais, como idade, sexo e fatores hereditários, até aspectos macroestruturais, que envolvem condições de vida e trabalho, e socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Nesse contexto, a atenção básica ganha espaço privilegiado para a abordagem da determinação social das DCNTs, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que está inserida na comunidade com a capacidade de verificar essa determinação no cotidiano e no trabalho. Dessa forma, se faz necessário refletir acerca da percepção desses aspectos para a condução de uma prática de enfermagem efetivamente integral que considere o contexto amplo em que este sujeito está inserido (SANTOS; ALVES; AIDAR, 2023).

Mediante abordagem, esse estudo tem por objetivo desenvolver uma reflexão teórica acerca da determinação social da saúde e sua implicação nas DCNTs, especificamente na hipertensão arterial sistêmica e na diabetes mellitus.

2. DESENVOLVIMENTO DA REFLEXÃO TEÓRICA

2.1. INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE NAS DCNT

Mendes (2012) conceitua os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como um conjunto de diversos fatores individuais, sociais, ambientais, comportamentais, econômicos e governamentais que podem beneficiar ou prejudicar a saúde dos indivíduos. Considera ainda,

que as condições em que o indivíduo vive e estabelece suas relações contribuem diretamente ou indiretamente no processo adoecimento.

O art. 3º da Lei nº 8.080/1990 expressa que

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, p.1).

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) optou, entre as diferentes propostas, pelo modelo de Dahlgren e Whitehead para representar a relação entre os diversos níveis de determinações sociais e as iniquidades em saúde (MENDES, 2012).

Figura 1 – Modelo de determinação social em saúde proposto Dahlgren e Whitehead



Fonte: DAHLGREN e WHITEHEAD (1991)

No centro do modelo estão dispostos os indivíduos, com suas características de idade, sexo e genética; na camada mais externa a essa, estão o comportamento e o estilo de vida individuais; a camada seguinte mostra a influência das redes comunitárias e de apoio, no qual o nível de riqueza pode determinar a saúde da sociedade como um todo; no próximo nível estão representados os fatores relacionados com a condição de vida e de trabalho e no último nível estão os macrodeterminantes, que influenciam nas demais camadas e estão relacionadas a condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (MENDES, 2012).

Essa determinação é fundamentada em um aspecto ético e princípio do SUS, a equidade, entende-se que o processo de adoecimento impacta de forma diferente indivíduos de classes econômicas também diferentes. Considerando essa relação, a Organização Mundial da Saúde (2011) estabelece a adoção de ações em três temas amplos em relação aos DSS, colabora com

equidade em saúde sendo um imperativo moral, melhorar as condições de saúde e bem-estar e promover ações em uma série de prioridades sociais.

Evidências científicas apontam que os DSS têm forte influência nos índices de morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estas, constituem o conjunto de doenças de maior relevância em todo o mundo, alcançando, principalmente, indivíduos mais vulneráveis devido a maior determinação e condição social (MARMOT; BELL, 2019).

Logo, reconhecer e atuar nos DSS contribui na melhoria das condições e escolhas individuais das que determinam o adoecimento, possibilitando melhor manejo e controle das DCNT, em especial as mais prevalentes hipertensão e diabetes.

2.1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2020) define hipertensão arterial como uma condição clínica multifatorial, sendo caracterizada pela elevação persistente e prolongada da Pressão Arterial (PA) em PA sistólica acima de 140mmHg e a PA diastólica acima de 90mmHg, medida em duas ocasiões com a técnica correta e sem o uso prévio de anti-hipertensivos.

Inicialmente a HAS é uma condição assintomática, os indivíduos portadores acabam tendo dificuldade de perceber sua evolução o que propicia sua cronicidade e a probabilidade de desenvolver complicações, como Doenças Cardiovasculares (DCV), doença renal crônica, até mesmo mortalidade prematura (MARIOS; FERRAZ; SILVA, 2016).

Além dos malefícios diretos causados ao indivíduo, essas complicações envolvem outros fatores que influenciam em sua qualidade de vida individual, familiar e social. A necessidade de internamento e procedimentos de alta complexidade, também geram preocupações financeiras, até mesmo sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS) (MILL, 2019).

A estratificação do risco cardiovascular, através da identificação dos fatores de risco, pode ser uma estratégia efetiva no enfrentamento das DCV. Assim, considerando que diversos fatores determinam o aparecimento e evolução da doença, a manifestação da HAS não limita-se somente a um desequilíbrio homeostático, mas pode ser influenciado por determinantes econômicos, ambientais, culturais, comportamentais e sociais (NOBRE *et al.*, 2020).

No centro do modelo, relacionado aos aspectos individuais, estão a genética, idade, sexo e etnia. A SBC (2020) afirma que fatores genéticos podem influenciar os níveis pressóricos em cerca de 30 a 50%. Mostra, ainda, que com o envelhecimento aumentam as chances de desenvolver HAS, devido ao enrijecimento vascular. Apesar da etnia ser considerada, condições socioeconômicas e hábitos de vida ainda são mais pertinentes no processo saúde-doença.

O sobrepeso/obesidade, sedentarismo, ingestão de álcool, de sódio e potássio estão relacionadas com a primeira camada do modelo, referente ao estilo de vida dos indivíduos, entretanto, são condições totalmente modificáveis. O primeiro está relacionado diretamente com a doença, representando um risco substancial para HAS e DCV. O consumo médio de álcool acima de 30g de etanol por dia aumenta exponencialmente a pressão arterial nos homens, e nas mulheres o limite é menor, mas ainda interfere no estado normal do organismo. A ingestão excessiva de sódio também está diretamente associada com o adoecimento, o consumo recomendado é até 2g de sódio por dia, equivalente a 5g de sal de cozinha (BRASIL, 2021b)

Apesar da mudança do estilo de vida ser eficaz, ocasionalmente, pode não ser suficiente, sendo necessário a introdução do tratamento medicamentoso, e nessa perspectiva, as condições de vida e de trabalho também podem influenciar na adesão ao tratamento. MILL (2019) mostra o impacto da baixa escolaridade e da renda financeira na prevalência da HAS, populações que vivem em condições mais desfavoráveis estão mais propensas a adoecerem.

Com isso, infere-se que a HAS é considerada um grande problema de saúde pública, com alto risco de desenvolver complicações cardiovasculares e, mesmo sendo de fácil diagnóstico e tendo tratamento eficiente, o acompanhamento desses usuários ainda é deficiente. Nesse sentido torna-se essencial, conhecer os fatores determinantes, as comorbidades associadas, e incentivar a adesão ao tratamento (NOBRE *et al.*, 2020).

2.1.2. DIABETES MELLITUS

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2019) define Diabetes Mellitus (DM) como um distúrbio metabólico, caracterizado pela elevação prolongada dos níveis de glicose no sangue, devido à produção insuficiente ou má absorção da insulina, hormônio que tem a ação de promover a quebra de moléculas de glicose (açúcar) transfigurando-se em energia para o funcionamento celular do organismo, podendo apresentar-se de diversas formas.

As diferentes causas responsáveis pelo seu desenvolvimento indicam sua classificação. Quando ocorre destruição das células beta pancreáticas e, conseqüentemente, deficiência completa na produção de insulina, define-se a DM tipo 1, mais prevalente em criança e jovens, tendo início abrupto e rápido desenvolvimento. Já a DM tipo 2 está associada a longa história de excesso de peso e hereditariedade, o indivíduo apresenta secreção reduzida e resistência a insulina. Há, ainda, a DM gestacional, caracterizada pelo diagnóstico durante a gestação, sem indicação de DM prévio (GOLBERT, 2019).

Essa condição é responsável por uma ampla gama de complicações graves, como doenças cardiovasculares, hipertensão, disfunção renal, perda de visão e, em casos mais

extremos, amputações de membros. Além disso, também afeta o sistema imunológico, tornando-as mais suscetíveis a infecções causadas por bactérias e fungos (GOLBERT, 2019).

Conforme a SBD (2019), a DM tem aumentado sua importância pela crescente prevalência e incidência que variam de acordo com os fatores sociais, econômicos e culturais. O Brasil ocupa o ranking de 4º lugar dentre os países com maior número de adultos com DM e o 3º lugar no número de crianças com DM tipo 1.

Considerando a proposta de Dahlgren e Whitehead (1991), os principais fatores que determinam o desenvolvimento da DM estão relacionados, especialmente, com o centro do modelo, e as camadas seguintes que tratam do estilo de vida dos indivíduos e condições de vida e de trabalho. Isso inclui características pessoais como idade, histórico familiar da doença, predisposição genética, obesidade e falta de atividade física, dieta inadequada rica em açúcares e gorduras, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Portanto, a diabetes mellitus é uma doença que está intimamente ligada aos determinantes sociais de saúde, e o enfrentamento eficaz requer uma abordagem holística que leve em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais. As políticas governamentais desempenham um papel essencial na prevenção e no controle da diabetes, garantindo acesso a medicamentos e cuidados de saúde apropriados, além de promover implementação de programas de promoção da saúde e educação sobre a doença (GOLBERT, 2019).

2.1.3. ENFRENTAMENTO DAS DCNT E SEUS DETERMINANTES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Como principal porta de entrada do SUS, a AB, através das Estratégias de Saúde da Família, deve ter capacidade e efetividade no enfrentamento das DCNT e suas complicações. Pensando nisso, em 2021 o Ministério da Saúde apresentou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, com metas e ações propostas a serem realizadas entre os anos de 2021 a 2030. Alinhado com outras políticas e programas relacionados ao tema, esse plano visa potencializar a prevenção dos fatores determinantes para as DCNT e oportunizar ações de promoção da saúde (BRASIL, 2021a).

As ações estratégicas estão organizadas de acordo com eixos de promoção, atenção integral, vigilância e prevenção à saúde. No contexto da AB, destacam-se ações de promoção à saúde, no qual, rotineiramente, as ESF devem utilizar de tecnologias para a realização de programas preventivos de acordo com os principais fatores de risco das DCNT (BRASIL, 2021a).

Ainda nessa perspectiva, as ações de promoção a saúde associadas a segurança do trabalho tornam-se necessárias para intervenções nos fatores de risco ocupacionais. Aumentar a qualificação dos profissionais, através da educação permanente, e ampliar as áreas

assistenciais com as equipes multidisciplinares são ações fundamentais do eixo relacionado a atenção integral à saúde (BRASIL, 2021a).

Dentre as principais abordagens, destacam-se a promoção da educação em saúde, no intuito de contribuir com o conhecimento e conscientização dos usuários sobre os fatores determinantes. A integração de serviços de saúde junto a assistência social e o fortalecimento de políticas públicas, como habitação e emprego, desempenha papel crucial na mitigação das desigualdades. Além disso, capacitação dos profissionais para identificar e abordar de forma efetiva os DSS também são eficazes. E o incentivo da participação comunitária é um pilar para fortalecer a atenção primária como um agente de transformação na promoção de saúde (BRASIL, 2021a).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais desafios de saúde pública e é evidente que as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem desempenham um papel crucial na determinação da saúde e no desenvolvimento dessas doenças crônicas.

A análise abordou diversos fatores, incluindo desigualdades socioeconômicas, acesso restrito aos serviços de saúde, educação, contextos físico e social, bem como hábitos de vida, como dieta e atividade física. Assim, reconhece-se a influência significativa dos determinantes sociais de saúde nesses distúrbios, enfatizando a importância das políticas governamentais, educação em saúde e acesso equitativo a cuidados médicos de qualidade.

É imprescindível reconhecer que a promoção da saúde e a prevenção das DCNT não podem ser realizadas unicamente por meio de abordagens médicas, visto que a implementação de políticas e estratégias de saúde abrangentes são necessárias para abordar as disparidades sociais e criar ambientes propícios a escolhas saudáveis.

REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Brazilian Guidelines of Hypertension. Arq Bras Cardiol [online], 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cenário das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/fact-sheet-cenario-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vigitel>. Acesso em: 23 de Out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha do Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília, v. 128, n. 182, p.18055-18059. 1990.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

GOLBERT, A. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad, 2019.

MARIOSIA, D. F.; FERRAZ, R. R. N.; SILVA, E. N. S. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 23(5):1425-1436. 2018.

MARMOT, M.; BELL, R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ*, 28, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.l251>. Acesso em 01 Set. 2023.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MILL, J. G. Determinantes Sociais na Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 113(4):696-698. 2019.

NOBRE, A. L. C. S. D. et al. Hipertensos assistidos em serviço de atenção secundária: risco cardiovascular e determinantes sociais de saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*. 28(3):334-344. 2020.

SANTOS, E. P.; ALVES, E. A. J.; AIDAR, D. C. G. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: desafios e repercussões na perspectiva da enfermagem da atenção básica. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. v.27, n.4, p.1860-1874, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rj: Word Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro: World Health Organization, 2011.

CAPÍTULO VII

INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS PARA O DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE

TECHNOLOGICAL INNOVATIONS FOR THE DIAGNOSIS OF LEPROSY

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-7

Francisco Wanderson Araújo de Santana¹

José Vagner Americo de Lima¹

Hellen Caroline Linard Dias¹

Aline Morais Venancio de Alencar²

João Paulo da Silva Xavier³

¹ Acadêmicos do Curso de Enfermagem. Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO.

³ Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa e crônica que é causada pela bactéria *Mycobacterium Leprae*. Esta condição de saúde, que pode incidir em face de qualquer pessoa, caracteriza-se pela mudança na sensibilidade térmica, motora, tátil e muscular, trazendo incapacidades para o sujeito que podem durar para o resto da vida. Atualmente, o principal meio para diagnóstico é clínico, ou seja, através de um exame de laboratório denominado de baciloscopia. Entretanto, nos últimos anos, é possível identificar tentativas científicas na elaboração de novas formas para o diagnóstico rápido, a fim de que o tratamento inicie logo cedo. Tendo em vista este fator, o presente estudo tem por principal objetivo refletir acerca das inovações tecnológicas que vêm ocorrendo nos últimos anos para facilitar a identificação da doença em seu estágio inicial, buscando a prevenção de sequelas e a promoção da saúde do portador de hanseníase. A pesquisa, que é de natureza narrativa e bibliográfica, abordará acerca das inovações tecnológicas que facilitam o diagnóstico da hanseníase no Brasil. É possível identificar que a gestão da ciência e da saúde encontra-se cada vez mais alicerçada pela tecnologia, justamente para facilitar a identificação de doenças, como é o caso da hanseníase, onde cientistas desenvolveram nos últimos anos novas formas para este diagnóstico, como por exemplo, os testes

rápidos e a inteligência artificial que verifica casos suspeitos em pacientes, para favorecer o diagnóstico mais rápido, favorecendo manejo mais eficaz para assistência ao paciente.

Palavras-chave: Hanseníase; Diagnóstico; Inovações Tecnológicas

ABSTRACT

Leprosy is an infectious and chronic disease caused by the bacteria *Mycobacterium Leprae*. This health condition, which can affect anyone, is characterized by changes in thermal, motor, tactile and muscular sensitivity, causing disabilities for the subject that can last for the rest of their life. Currently, the main means of diagnosis is clinical, that is, through a laboratory test called sputum smear microscopy. However, in recent years, it is possible to identify scientific attempts to develop new ways for rapid diagnosis, so that treatment can begin early. Taking this factor into account, the main objective of this study is to reflect on the technological innovations that have been occurring in recent years to facilitate the identification of the disease in its initial stage, seeking to prevent sequelae and promote the health of leprosy patients. The research, which is narrative and bibliographic in nature, will address technological innovations that facilitate the diagnosis of leprosy in Brazil. It is possible to identify

that the management of science and health is increasingly based on technology, precisely to facilitate the identification of diseases, such as leprosy, where scientists have developed new forms of this diagnosis in recent years, such as For example, rapid tests and artificial intelligence that check suspected cases in patients, to facilitate faster

diagnosis, favoring more effective management for patient care.

Keywords: Leprosy; Diagnosis; Technological Innovations

1. INTRODUÇÃO

O uso das tecnologias mais recentes de testes laboratoriais foi revolucionário no rastreamento e diagnóstico de doenças, inclusive as negligenciadas como a hanseníase. Considerando a morosidade da epidemia de hanseníase no mundo, e, em particular, no Brasil, a criação de tecnologias que agilizem o diagnóstico mostra especial repercussão não apenas nas questões diretamente ligadas à saúde das populações, mas também nos processos gerenciais e operacionais em saúde (MELO et al.,2023).

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa ocasionada pela bactéria *Mycobacterium Leprae*, trazendo prejuízos neurológicos e dermatológicos para o paciente. Anualmente são registrados cerca de 15 mil casos desta doença, que pode acarretar diversas sequelas no indivíduo portador, sobretudo nos olhos, na pele, no nariz e nos nervos periféricos. A presença das lesões na pele e o considerável dano nos nervos é a principal marca da doença, que afeta de maneira pungente o portador (TAKIZAWA et al., 2019).

A hanseníase é uma doença de evolução crônica que, embora curável, ainda permanece prevalente em várias regiões do mundo, o Brasil ocupa o 2º lugar na posição do mundo entre países que registram novos casos de hanseníase. A doença permanece sendo um problema de saúde pública, isto porque a estratégia de diagnóstico e cuidado ainda é pouco abrangida pelas políticas públicas (MELO et al., 2023).

O diagnóstico da hanseníase pode acontecer de maneira suposta no primeiro contato com o profissional de saúde, sendo neste momento através do exame físico, justamente para identificar as lesões e as áreas da pele que foram afetadas pela doença. Após a possibilidade de acometimento, os pacientes são submetidos a exames clínicos e laboratoriais, como é o exemplo da baciloscopia ou histopatologia cutânea. Neste momento, poderá ser identificada a possibilidade do sujeito possuir a hanseníase (BRASIL, 2022).

Verifica-se nos últimos anos, diversas tentativas científicas de desenvolvimento de formas para o diagnóstico rápido, bem como para o auxílio do profissional na identificação da problemática e devido a durabilidade da epidemia da hanseníase, o desenvolvimento de

tecnologias voltadas para amenização de sua ocorrência é imprescindível para a coletividade, justamente para facilitar esta identificação e tratamento (BARROS, 2019).

Preexiste uma necessidade, principalmente no setor da Atenção Básica, de promover um atendimento mais efetivo para este paciente, que poderá ocorrer através de tecnologias, dentre elas, o teste rápido e da utilização de inteligência artificial, duas diferentes formas de amparo para o médico ou enfermeiro neste momento (LOPES et al., 2021).

Foi desenvolvida uma tecnologia baseada em inteligência artificial, desenvolvida por pesquisadores brasileiros e estrangeiros, que pode ajudar médicos a identificarem casos de hanseníase. O assistente de diagnóstico, batizado de AI4Leprosy, indica a probabilidade da doença tendo como base fotos de lesões e dados clínicos dos pacientes (BARBIERY et al., 2022).

Já o surgimento do teste rápido foi fundamental para a detecção facilitada da doença, consiste em um teste imunocromatográfico capaz de determinar de forma qualitativa, a presença de anticorpos IgM anti-*Mycobacterium leprae*. Está indicado para avaliação de contatos de casos confirmados de hanseníase. O Brasil será o primeiro país do mundo a ofertar em nível assistencial, de forma universal e no sistema público de saúde, um teste rápido para apoiar o diagnóstico, que ainda é essencialmente clínico, baseado na avaliação minuciosa do paciente, especialmente de pele e nervos periféricos (BRASIL, 2023).

Mediante contexto, urge refletir acerca das inovações tecnológicas que vêm ocorrendo nos últimos anos para facilitar a identificação da doença em seu estágio inicial, buscando a prevenção de sequelas e a promoção da saúde do portador de hanseníase.

2. DESENVOLVIMENTO DA REFLEXÃO TEÓRICA

2.1. ASPECTOS CONTEXTUAIS SOBRE A HANSENÍASE

A hanseníase é uma das doenças mais antigas verificadas na humanidade. Trata-se de uma enfermidade de característica infecto-contagiosa, trazendo prejuízos neurológicos e dermatológicos. Quanto mais cedo o sujeito for diagnosticado, melhor para que se evite o aparecimento de sequelas ou mesmo o aumento na transmissão desta doença (LOPES et al., 2021).

Identifica-se como principais sintomas da hanseníase as sensações de formigamento, o adormecimento nas extremidades do corpo, a presença de manchas brancas ou vermelhas, a perda de sensibilidade, caroços ou placas ao redor do corpo, diminuição da força muscular alterações na secreção de suor. A doença não possui cura, mas seu diagnóstico rápido pode amparar o sujeito de possíveis sequelas (MELO et al., 2023).

A transmissão da doença acontece através do portador, que elimina os bacilos através do trato respiratório, ou seja, através da secreção, da tosse ou espirro. Com isso, este paciente – que não possuiu ainda o tratamento – transmite para uma porcentagem pequena de pessoas, haja vista que nem todos possuem a probabilidade de desenvolver esta doença, sendo apenas 5% da população os contraentes da hanseníase (BRASIL, 2022).

Outrossim, a princípio, faz-se fundamental que sejam desenvolvidas ações voltadas para a divulgação de sinais e sintomas da doença, a fim de que seja informado a população acerca desta doença, que pode trazer diversos prejuízos para o indivíduo. De acordo com o Ministério da Saúde, as principais formas de prevenção da hanseníase são o exame dermato-neurológico e a aplicação da vacina BCG em todas as pessoas que possuem convívio domiciliar e de trabalho com o sujeito que apresentou diagnóstico (TAKIZAWA et al., 2019).

Quanto ao diagnóstico da hanseníase, aponta Sousa *et al* (2022) que este aspecto é clínico e epidemiológico, formado essencialmente pela anamnese ao paciente, sua avaliação dermatológica e a averiguação de lesões na pele. Através deste método é possível verificar se há mudanças na sensibilidade, ou mesmo a presença de deformidades ou incapacidades, que possam levar a um quadro mais avançado desta doença em face do paciente.

Desta maneira, antes dos aprimoramentos referentes a detecção da doença, para que o portador seja diagnosticado com hanseníase, ele precisa conter ao menos dois sinais da doença – verifica-se na maioria das vezes a presença das manchas na pele e as reações inflamatórias no corpo. Neste sentido, cabe ao profissional de saúde realizar, através de testes de sensibilidade, a inspeção de olhos, nariz, mãos e pés (JESUS et al., 2023).

Os principais fatores de risco da doença são os contatos intradomiciliares, principalmente entre entes que convivem no mesmo ambiente há cinco anos. Além disso, o grau de parentesco, as condições de moradia, a situação sanitária local, o abandono ou irregularidade no tratamento, além de condições nutricionais, podem ser fatores que elevam a probabilidade de contágio pela hanseníase (JUNIOR; SOTO; TRINDADE, 2022).

De maneira infortuna, a ocorrência da hanseníase encontra-se fortemente interligada as condições econômicas, ambientais e sociais de um local. No caso do Brasil, sua distribuição é consideravelmente heterogênea, isto porque a maioria dos casos encontram-se nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Além da problemática referente a doença, também existe o forte preconceito e estigma contra os contraentes, que poderá piorar este quadro.

A exclusão social, fruto desta discriminação, poderá produzir consequências danosas ao indivíduo, isto porque gera interações sociais que são desconfortáveis. Com isso, o paciente

limita o seu convívio social para evitar o constrangimento, podendo ocorrer certo sofrimento psíquico, que inclusive irá dificultar a adesão ao tratamento adequado (BRASIL, 2021).

Com isso, além de enfrentar os prejuízos advindos da doença, o indivíduo se vê diante de uma batalha contra a discriminação que sofre por conta do diagnóstico. Estas situações, que podem ocorrer em ambiente domiciliar, na escola, no trabalho, na rua, e inclusive nos próprios ambientes de saúde, podem interferir principalmente na adesão ao tratamento da doença, que é indispensável para a saúde do mesmo (JESUS et al., 2023).

2.2. TECNOLOGIAS EM SAÚDE COMO ALIADAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO PACIENTE COM HANSENÍASE

Como validado em momento anterior, o diagnóstico da hanseníase é principalmente clínico e epidemiológico. No entanto, nos últimos anos, pôde-se verificar a elaboração e desenvolvimento de novas tecnologias voltadas para a detecção facilitada e rápida da doença, contexto este que foi de fundamental importância para a promoção da saúde em face do paciente com hanseníase (JUNIOR; SOTO; TRINDADE, 2022). Antes de adentrar ao mérito das inovações, faz-se indispensável apontar as formas de diagnóstico presentes.

Em primeiro plano, o diagnóstico clínico é realizado pelo profissional de saúde através da anamnese. Neste sentido, o médico ou enfermeiro, realiza uma avaliação dermatológica no indivíduo, identificando principalmente se há lesões na pele ou perda da sensibilidade. Confere-se também se há alterações neurológicas no sujeito, como identificação de neurites, incapacidade física ou mudança no estado reacional do corpo, fatores que poderão implicar para a ocorrência da doença (NICOLLETI, 2023).

Outra forma de averiguação da doença é o diagnóstico baciloscópico, que trata-se de esfregaços de pele para a detecção de bacilos álcool-ácido resistentes. Importante validar que esta forma nem sempre é confiável para identificar a hanseníase, isto porque o exame não testa quando a concentração de bacilos estiver abaixo 10⁴ bacilos/ml. Essa análise possui baixo custo e é de fácil realização, sendo consideravelmente simples (BARROS, 2019).

Além disso, há também o exame histopatológico, que é realizado a partir de fragmentos de pele e dos nervos que são coletadas das bordas das lesões mais recentes. Normalmente, este tipo de exame é utilizado para classificar o tipo da doença, mas nada impede que também seja firmado para detectar a hanseníase em primeiro plano. A especificidade diagnóstica dos exames na prática é de 70% a 72% (SOUZA et al., 2022).

Outrossim, outra maneira de diagnóstico é o por teste cutâneo, nomeado por Intradermorreação de Mitsuda. Neste caso em específico, o antígeno é um preparado obtido a partir de hansenomas de pacientes de hanseníase ainda não tratados, e acontece quando um

inóculo de 0,1 ml de lepromina é aplicado via intradérmica na face anterior do antebraço direito. Se não houver resposta no braço, é negativo, se houver uma infiltração menor que 5mm, o teste é duvidoso, e se for superior a 5mm é positivo (BINHARDI et al., 2020).

Quanto ao diagnóstico sorológico, Souza *et al* (2022) exemplifica que o PGL-1 é o glicolípido antigênico mais importante, que pode levar a detecção da doença, haja vista que identifica os anticorpos IgG e Igm antiPGL-1, e por isso é o parâmetro padronizado para hanseníase. A presença desses anticorpos indicam que a doença encontra-se alojada.

De fato, existem uma série de maneiras de averiguar se o indivíduo é portador da hanseníase, e isto se dá sobretudo em razão da carga da doença, e por ser vista mundialmente como um problema de saúde pública. As tecnologias para amenização da problemática deram início através da Organização Mundial da Saúde (OMS), que elaborou a Estratégia Global para Hanseníase em âmbito mundial (CAVALCANTE et al., 2019).

No ano de 2010, o Brasil implementou em todo o território nacional o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) que institui diversas ações voltadas para monitoramento da doença. Através dos profissionais de saúde em prol da amenização desta problemática, foram desenvolvidas tecnologias em saúde, sendo elas: as tecnologias educativas, as tecnologias assistenciais e as tecnologias gerenciais (FILHO et al., 2020).

As tecnologias educativas tratam-se de ações relacionadas a inserção de informação e comunicação para apoiar a sociedade diante de processos de ensino e aprendizagem. As principais a serem inseridas no contexto da hanseníase são: a construção de um manual de autocuidado, cartilhas, folhetos impressos, vídeo, palestras educativas, capacitações e grupos de apoio sobre a doença e a importância do autocuidado (CAVALCANTE et al., 2019).

As tecnologias assistenciais são ações referentes a prática dos profissionais de saúde. Neste caso, evidencia-se o cuidado ao paciente, buscando essencialmente o aprimoramento da competência profissional e da segurança ao paciente. Ressalta-se neste caso: a avaliação periódica do paciente, a promoção do aceite à imagem corporal, aplicação da escala SALSA para avaliação do status físico e funcional de olhos, mãos e pés, cuidados tradicionais de enfermagem – anamnese e escuta ao paciente – entre outros (FILHO et al., 2020).

Por conseguinte, as tecnologias gerenciais são os instrumentos criados para potencializar o cuidado, o diagnóstico, o tratamento e o trabalho relacionado ao controle da hanseníase. Um exemplo deste tipo de tecnologia é o teste rápido desenvolvido pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e que foi distribuído no Sistema Único de Saúde em todo o país para o enfrentamento e diagnóstico da hanseníase (CAVALCANTE et al., 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde, o teste rápido trata-se de um teste imunocromatográfico que possui a capacidade de avaliar a presença de anticorpos IgM anti-*Mycobacterium leprae* em amostras de soro, plasma ou sangue total. O resultado é visualizado através de análise visual, não necessitando de auxílio de outros equipamentos para leitura, devendo ser realizado em tempo inferior ou igual a 20 minutos (BRASIL, 2018).

O teste é utilizado a partir de um pequeno volume de amostra de sangue – preferencialmente – do paciente. Baseado na reação do antígeno, o teste captura os anticorpos produzidos no organismo contra o corpo estranho, e identifica a reação através de uma imunocromatografia, que aparece no teste através de uma linha vermelha. De fato, esta é uma das principais inovações no campo de estudo da hanseníase, haja vista que neste momento a forma de detecção é consideravelmente mais rápida (UFG, 2023).

Outra inovação refere-se ao desenvolvimento de um assistente virtual de diagnóstico, que consiste em uma inteligência artificial. Essa tecnologia foi aprimorada por um time internacional de cientistas, liderado pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) em parceria com a Microsoft AI for Health e a Fundação Novartis, chamada de AI4Leprosy. Este mecanismo utiliza um algoritmo de reconhecimento de imagens em um banco de dados, fornecendo um apoio ao diagnóstico do profissional de saúde (FIOCRUZ, 2022).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se através desta pesquisa que a hanseníase se trata de uma doença consideravelmente perigosa para a saúde dos indivíduos. Constitui-se mundialmente como uma preocupação de saúde pública, isto porque pode deixar sequelas graves no contraente. Apesar do tratamento ser disponibilizado – na forma de comprimidos – em todas as unidades de saúde do país de maneira gratuita, muitas vezes o indivíduo desconhece o diagnóstico, podendo levar a uma piora no seu quadro de saúde.

Desta forma, é essencial que o Poder Público, através do Ministério da Educação e do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, desenvolver tecnologias educativas e assistenciais voltadas para orientação e informação a população, que pode ocorrer através de palestras, folhetos ou mesmo divulgações nas redes sociais. Informar a sociedade é o primeiro passo para aquisição de conhecimento, principalmente porque a maioria das pessoas não conhece os sintomas e vestígios dermatológicos e neurológicos da doença.

Ressalta-se principalmente através deste estudo a importância das tecnologias gerenciais voltadas para o diagnóstico da hanseníase. A criação do teste rápido e da inteligência artificial foram amplamente significativas para o quesito da assistência em saúde. Além disso,

torna-se essencial a aplicação de incentivos para profissionalização dos profissionais, para que ampliem seus conhecimentos quanto ao uso das novas tecnologias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. NOTA TÉCNICA Nº 3/2023-CGDE/DEDT/SVSA/MS. Brasília, DF:MS,2023.

BARNIERI, Raquel; XU, Yixi; SETIAN, Lúcia; SANTOS, Paulo; TRIVEDI, Anusua; CRISTÓFONO, João; BHERING, Ricardo; BRANCO, Kevin; VENDAS, Ana; MONTEIRO, Geralyn; NERY, José; SHARMAN, Michael; BUMANN, Ricardo; ZHANG, Shun; GOLDUST, Mohamed; SARNO, Euzenir; MIRZA, Fareed; CARVALIERO, Arielle; TIMMER, Sander; BONFIGLIOLI, Elena; SOARES, Cairns; SCOLLARD, David; NAVARINI, Alexandre; AERTS, Ana; FERRES, Juan; MORAES, Milton. "Reimaginando a eliminação da hanseníase com análise por IA de uma combinação de imagens de lesões cutâneas com dados demográficos e clínicos." *Lancet saúde regional. Américas* vol. 9 100192. 3 de fevereiro de 2022, doi:10.1016/j.lana.2022.100192

BARROS, Raquel Oliveira. Hanseníase: aspectos históricos e epidemiológicos. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 04, Ed. 03, Vol. 08, pp. 149-167. Março de 2019. ISSN: 2448-0959.

BINHARDI, Fernanda Modesto Tolentino et al. Diagnóstico da rede de atendimento laboratorial de hanseníase no Departamento Regional de Saúde XV, São José do Rio Preto, São Paulo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 29, n. 5 [Acessado 11 Setembro 2023] , e2020127. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500019>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500019>.

BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Saúde. Ministério da Saúde. Hanseníase, gov.br, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseniaze>. Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 152 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hanseniaze.pdf ISBN ISBN 978-65-5993-397

BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Saúde. Nota Técnica. TESTE RÁPIDO DE HANSENÍASE, Governo de Estado do Ceará, 2018. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Nota-tecnica-TESTE-RAPIDO-DE-HANSENIASE_RevKKC.pptx-1.pdf. Acesso em: 10 set. 2023.

CAVALCANTE, J. L.; XAVIER, S. P. L.; CABRAL, J. F. F.; VIANA, M. C. A.; CAVALCANTE, E. G. R. TECNOLOGIAS EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM HANSENÍASE: EXPLORANDO EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS. *Revista Baiana de Enfermagem*, [S. l.], v. 33, 2020. DOI: 10.18471/rbe.v33.33369. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33369>. Acesso em: 11 set. 2023.

FEITOSA, M. C. DA R.; STELKO-PEREIRA, A. C.; MATOS, K. J. N. DE .. Validation of Brazilian educational technology for disseminating knowledge on leprosy to adolescents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 5, p. 1333–1340, set. 2019.

FILHO, Francisco Jaime Rodrigues de Lima; BRASIL, Mikael Lima; SILVA, Ingrid Grangeiro Bringel; LOPES, Maria do Socorro Vieira; VIANA, Maria Corina Amaral; BEZERRA, Adriana de Moraes. HANSENÍASE. TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM UTILIZADAS NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA, *Revista Saúde e Ciência Online*, 2020. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/466>. Acesso em: 8 set. 2023.

FIOCRUZ (Brasil). Instituto Oswaldo Cruz. Estudo utiliza inteligência artificial para acelerar o diagnóstico da hanseníase. *Diagnóstico da hanseníase, fiocruz*, 2022. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/estudo-utiliza-inteligencia-artificial-para-acelerar-o-diagnostico-da-hanseníase>. Acesso em: 7 set. 2023.

JESUS, Isabela Luísa Rodrigues de et al. Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 28, n. 01 [Acessado 11 Setembro 2023] , pp. 143-154. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09722022>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09722022>.

Junior Froes LAR, Sotto MN, Trindade MAB. Leprosy: clinical and immunopathological characteristics. *An Bras Dermatol*. 2022;97:338–47. Acesso em: Hanseníase: características clínicas e imunopatológicas | *Anais Brasileiros de Dermatologia* (Portuguese) (anaisdedermatologia.org.br)

LOPES, Fernanda de Castro et al. Hanseníase no contexto da Estratégia Saúde da Família em cenário endêmico do Maranhão: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 5 [Acessado 11 Setembro 2023] , pp. 1805-1816. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04032021>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04032021>

DE MELO, L. C. .; CAMPOS MEIADO, A.; GOMES DE ANDRADE, V. L.; DA CUNHA LOPES VIRMOND, M. HANSENÍASE E TESTES DIAGNÓSTICOS RÁPIDOS: DESAFIOS E GESTÃO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA & INOVAÇÃO EM SAÚDE. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, [S. l.], v. 22, n. 1, 2023. DOI: 10.36925/sanare.v22i1.1652. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1652>. Acesso em: 11 set. 2023.

NICOLETTI, Natalia Bettiol. Virchowian leprosy: diagnosis and treatment. *Hanseníase Virchowiana: Diagnóstico e Tratamento*, *BWS Journal*, 2023. Disponível em: <https://bwsjournal.emnuvens.com.br/bwsj/article/download/427/243/1483>. Acesso em: 7 set. 2023.

SOUZA, B. da S.; SALES, A. C. S. .; MOITA, L. A.; ANDRADE, G. L. de; SILVA, F. D. S. da; SOUZA, T. F. de .; OLIVEIRA, M. P. de. Current challenges for the eradication of hansen disease: from diagnosis to treatment. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 11, p.

e196111133495, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33495. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33495>. Acesso em: 11 sep. 2023.

TAKIZAWA, Caio Luiz; FACHIN, Diane; MAGER, Sabrina Fernandes Herrera; LAVEZZO, Stephanie Zambrano. HANSENÍASE. HANSENÍASE: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E EPIDEMIOLOGIA, UMA REVISÃO DE LITERATURA., CRBM, 2019. Disponível em: <https://crbm1.gov.br/site2019/wp-content/uploads/2021/06/HANSENIASE-DIAGNOSTICO-TRATAMENTO-E-EPIDEMIOLOGIA-UMA-REVISAO-DE-LITERATURA..pdf>. Acesso em: 8 set. 2023.

UFG (Brasil). Universidade Federal de Goiás. Testes desenvolvidos pela UFG. Testes rápidos de hanseníase, Jornal UFG, 2023. Disponível em: <https://jornal.ufg.br/n/164519-testes-rapidos-de-hansenia-se-desenvolvidos-pela-ufg-serao-distribuidos-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em: 8 set. 2023.

CAPÍTULO VIII

AUMENTO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

INCREASING MATERNAL MORTALITY IN BRAZIL: REFLECTIONS ON PRENATAL CARE IN PRIMARY CARE

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-8

Marlene Clemente de Souza ¹

Luana Campelo Cartaxo ¹

Lorena Xavier de Souza ¹

Aline Morais Venancio de Alencar ²

João Paulo da Silva Xavier ³

¹ Acadêmicas do Curso de Enfermagem. Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO.

³ Doutor em cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO.

RESUMO

O pré-natal é uma assistência no âmbito da saúde, comumente realizada pelos profissionais das áreas de enfermagem e medicina, que é prestada em face da gestante durante os nove meses de gravidez. Trata-se, portanto, de um conjunto de medidas que são interpostas em face da mãe e do bebê, buscando a melhoria de sua condição de saúde e evitando quaisquer problemáticas que possam ocorrer neste período. Estas consultas poderão ser realizadas no setor da Atenção Básica, onde o acompanhamento será promovido através da carteira da gestante, tornando o acesso da mulher mais facilitado á este direito garantido. O objetivo do presente estudo é realizar uma abordagem acerca do pré-natal, sua importância e também da sua prestação pelos profissionais da Atenção Básica. A pesquisa, que trata-se de uma revisão narrativa com levantamento bibliográfico, também abordará questões que envolvem o aumento da mortalidade no Brasil. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o aumento da mortalidade de gestantes no país cresceu mais de 40% a partir do ano de 2021, taxa esta que é deveras preocupante para o contexto social. A principal forma de amenização da

problemática é incentivar a realização do pré-natal, haja vista que poderão ser identificadas problemáticas neste período que serão solucionadas através do acompanhamento profissional, com é o caso de eclampsia, diabetes, hipertensão, entre outros. As práticas desenvolvidas durante o pré-natal são fundamentais para reduzir a taxa de mortalidade das gestantes no Brasil.

Palavras-chave: Pré-Natal; Gestação; Mortalidade

ABSTRACT

Prenatal care is health care, commonly performed by professionals in the areas of nursing and medicine, which is provided to the pregnant woman during the nine months of pregnancy. It is, therefore, a set of measures that are interposed in the face of the mother and the baby, seeking to improve their health condition and avoiding any problems that may occur during this period. These consultations can be carried out in the Primary Care sector, where monitoring will be promoted through the pregnant woman's card, making the woman's access easier to this guaranteed right. The objective of the present study is to carry out an approach about prenatal care, its importance and also its provision by Primary Care

professionals. The research, which is a narrative review with a bibliographical survey, will also address issues involving the increase in mortality in Brazil. According to the Mortality Information System (SIM), developed by the Ministry of Health, the increase in mortality of pregnant women in the country has grown by more than 40% from the year 2021, a rate that is very worrying for the social context. The main way of alleviating the problem is

to encourage prenatal care, given that problems can be identified in this period that will be solved through professional monitoring, as is the case of eclampsia, diabetes, hypertension, among others. The practices developed during prenatal care are essential to reduce the mortality rate of pregnant women in Brazil.

Keywords: Prenatal; Gestation; Mortality

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno fisiológico, por isso, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências, mas ocorrem diversas alterações físicas e psicológicas, preexistindo uma necessidade de mudança de hábitos e acompanhamento médico, para evitar problemas de saúde que possam, de maneira trágica, levar ao óbito da gestante e do feto. Para isso, é instituído como uma das principais ferramentas de prestação de saúde, o pré-natal, ferramenta que promove os cuidados durante a gravidez (BRITO et al., 2021).

O pré-natal trata-se de um protocolo para monitoramento da saúde da gestante e do bebê durante os nove meses de gravidez. Este acompanhamento, normalmente realizado pelo médico ou enfermeiro, traz diversas informações extremamente importantes para a mulher – tendo em vista que este período traz muitas dúvidas – como exemplo a alimentação, os exercícios, os direitos, e também o diagnóstico e tratamento de diversas doenças que podem acontecer neste período e incidir sobre ambos (MELO et al., 2019).

Esta importante ferramenta encontra-se disposta na Atenção Básica, nos moldes estabelecidos pelo Ministério da Saúde. É recomendado que sejam realizadas ao menos seis consultas, uma no primeiro trimestre da gravidez, duas segundo e três no terceiro. No entanto, é ideal que este acompanhamento aconteça inicialmente de maneira mensal, e a partir da 28ª até a 36ª semana, de maneira quinzenal e posteriormente semanal, justamente para identificar qualquer doença que possa aparecer neste período (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos, é possível identificar que há um considerável aumento da mortalidade de gestantes no Brasil. E isto acontece devido a vários fatores, sendo o principal deles, a inobservância à necessidade do pré-natal. Uma assistência bem realizada evita a ocorrência de partos prematuros, de uma cesárea desnecessária, de complicações de saúde – diabetes e hipertensão – ou mesmo da transmissão de patologias como HIV, Sífilis e Hepatite. Identificando o problema cedo, o tratamento é mais efetivo (BRITO et al., 2021).

A redução da mortalidade materna é um desafio global aos sistemas de saúde. Este compromisso está presente na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU), desde os

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), vigente de 2000 a 2015. Em 2015, foi ratificada a nova agenda global: os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Dentre estes objetivos, a redução da mortalidade materna é repactuada na Meta ODS 3.1: até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global (ONU, 2015; IPEA, 2018).

Nesse contexto, torna-se necessário avaliar as práticas que vêm sendo implementadas tanto durante a gestação, quanto na assistência ao parto e nascimento. Entendendo como a assistência pré-natal pode ser um fator determinante para a redução do óbito materno. A fim de contribuir com este debate, tem-se como objetivo refletir teoricamente sobre a importância da assistência de pré-natal na prevenção da mortalidade materna no Brasil, evidenciando o papel do enfermeiro durante esta fase.

2. DESENVOLVIMENTO DA REFLEXÃO TEÓRICA

2.1. MORTALIDADE MATERNA: DESAFIO PARA ALCANCE DA META DOS ODS ATÉ 2030

De acordo com os dados oferecidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a mortalidade materna é uma problemática de saúde consideravelmente preocupante. Estimativas apontam que cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo, sendo a maioria das causas de caráter evitável se houvesse um acesso hábil à saúde (OPAS, 2018).

Após um levantamento realizado pela ONU nos últimos anos, pôde-se perceber que 99% das mortes acontecem em países que ainda estão em desenvolvimento, sendo os números consideravelmente superiores perante mulheres que residem em áreas rurais ou em comunidades mais pobres, sendo as jovens adolescentes as mais propensas a riscos e complicações durante o parto que podem levar ao seu falecimento (ONU, 2023).

Além disso, de acordo com a OMS, na Europa e nas Américas, a taxa de mortalidade aumentou de 2016 a 2020 cerca de 17%, o que fez surgir um importante mecanismo para amenização da problemática. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mais especificamente o ODS 3, tem por meta central a de reduzir a mortalidade materna mundial até 2023 para 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (ONU, 2015; IPEA, 2018).

É possível verificar de acordo com os dados oferecidos pelos órgãos mundiais que as causas para esta ocorrência são inúmeras, e elas podem acontecer antes, durante ou no pós-parto. Desde já, é necessário compreender que boa parte dessas complicações poderiam ter sido evitadas e tratadas, no entanto, por haver esta lacuna no cuidado da mulher, a doença se agrava e leva ao óbito da gestante e possivelmente do feto (FIOCRUZ, 2018).

Dentre as patologias que podem levar a complicações durante o período gravídico e puerperal, destacam-se hemorragia, hipertensão, infecções relacionadas à gravidez, complicações de aborto inseguro e condições subjacentes que podem ser agravadas pela gravidez (como HIV/AIDS e malária) são as principais causas de mortes maternas (FIOCRUZ, 2018).

A meta da ODS no Brasil até o ano de 2030 é reduzir a razão da mortalidade materna para 30 mortes a cada 100.000 nascidos vivos. De certo, o país já possui valores abaixo da média global, isto porque em 2015 foi estimada cerca de 62 mortes para 100.000 nascidos vivos. Desta maneira, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de diminuição destes dados, que ocorrerá através da implementação de vários quesitos (OPAS, 2018).

De acordo com o documento dos ODS, serão responsáveis pela implantação de ações voltadas para alcance desta meta o Ministério da Saúde e a Secretaria de Políticas para as Mulheres. Destarte, a amenização da mortalidade deverá acontecer – em tese – através de meios voltados para a ampliação de recursos financeiros, humanos, tecnológicos e de governança, através da edição e criação de leis voltadas para a prática (IPEA, 2018).

Existem uma série de desafios para a concretude deste objetivo, isto porque as metas são muito específicas, pois gerenciar e reduzir riscos nacionais dependem de um aprimoramento na capacidade dos entes. Caso as medidas não sejam realizadas o quanto antes, cerca de 59 milhões de jovens morrerão até o ano de 2030, enquanto 16 milhões de bebês já nasçam sem vida até este ano, realidade esta deveras preocupante (MARTINS et al., 2022).

Os principais desafios visualizados são a falta de acesso à saúde de qualidade, que por consequência traz a tona outra dificuldade, que se trata da desigualdade de acesso quando comparado com diferentes grupos sociais ou regiões demográficas. Há também a falta de recursos financeiros para investir nesse setor, que por consequência faz ocorrer uma falta de conscientização quanto a necessidade de exames regulares (BRITO et al., 2021).

É evidente que boa parte das mortes maternas poderia ser evitada, haja vista que as soluções de cuidados de saúde são bem conhecidas por a equipe de saúde. Todas as gestantes necessitam de um acesso facilitado aos cuidados pré-natais durante a gestação, parto e puerpério. Os dados referentes à mortalidade encontram-se principalmente em áreas mais pobres do país, havendo a necessidade de uma equiparação em todo o território nacional, para que todas possuam um acesso uno a saúde (MELO et al., 2019).

Conforme aponta a OPAS, outros fatores que impedem o acesso aos cuidados durante a gestação é a pobreza, a distância dos postos de Atenção Básica, a falta de informação, os serviços inadequados, as práticas culturais e profissionais não habilitados. Todos estes desafios poderão

ser solucionados através de um plano nacional, para efetivar a saúde nos polos de difícil acesso em todo o Brasil, efetivando a ODS 3 (OPAS, 2018).

2.2. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL QUALIFICADA: ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

O pré-natal é o mecanismo de saúde mais importante durante a gestação, isto porque busca efetivar o parto e o nascimento de maneira saudável para a gestante e o bebê. Este é o principal método para diminuição dos dados da mortalidade materna, haja vista que efetiva diversos preceitos referentes á este momento, como por exemplo os cuidados físicos e os que compreendem a informação e orientação á mulher (MARQUES et al., 2021).

Como visto anteriormente, as principais doenças ocorrentes neste período derivam da hipertensão, da diabetes ou de outras infecções, que identificadas em tempo hábil, poderão ser tranquilamente tratadas. Provavelmente a mais conhecida e temida seja a pré-eclâmpsia, que acontece quando a pressão arterial está alta, podendo levar a morte da mulher. Com o acompanhamento, a doença pode amenizar através de uma dieta pobre em sal, aumento da ingestão de água, repouso e hidratação (TOMASI et al., 2021).

Outra doença preocupante é a diabetes gestacional, que acontece quando o nível de glicose no sangue está acima do normal. Com o pré-natal, exames regulares deste tipo são normais, e a equipe de saúde poderá interpor uma dieta equilibrada e uso de remédios. É necessário também ter cuidados com a anemia, que pode prejudicar o desenvolvimento do feto. Esta doença, que acontece quando o sistema imunológico está fraco, poderá ser tratada com suplementos, vitaminas e alimentação (DIAS et al., 2018).

Outras doenças como infecção urinária, vaginose bacteriana, rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose, tireoidite ou IST's, são comuns neste período, cabendo portanto o acompanhamento de saúde adequado. Os dados referentes a mortalidade materna só poderão acontecer na prática se houver iniciativa própria da gestante e também recursos apropriados para o seu acompanhamento na gravidez (MELO et al., 2019).

O serviço de saúde deverá disponibilizar, em primeiro plano, uma divulgação referente aos serviços de pré-natal. Com a primeira visita, deve oferecer o cartão da gestante com todas as informações preenchidas, o calendário de vacinas com as devidas orientações, a lista com a solicitação dos exames, os horários das atividades educativas – reuniões e visitas domiciliares – e os agendamentos de consulta (MARQUES et al., 2021).

Com a realização do pré-natal, é possível identificar as doenças antes de causar prejuízos para a mulher e o bebê, detectar problemas no feto – má formação – a fim de iniciar o

tratamento intrauterino rapidamente, avaliar a placenta de maneira a detectar problemáticas que levem á uma hemorragia, identificar a pré-eclâmpsia – principal causa de mortalidade materna – e estabelecer informações e orientações (TOMASI et al., 2021).

Além dos cuidados com a saúde interna, o profissional de enfermagem pode atuar na educação em saúde, informando diversos preceitos importantíssimos neste momento, como por exemplo acerca da puericultura, da necessidade de hábitos alimentares e de higiene saudáveis, do cuidado com o uso de medicamentos, e principalmente da necessidade de orientação psicológica para tranquilizar a mulher neste momento (MARTINS et al., 2022).

Estabelece o Ministério da Saúde a seguinte informação:

O pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida. No Brasil, a partir desse momento, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), Sendo ideal é que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas, o indicado seria uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas toda semana até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode durar até 42 semanas (BRASIL, 2019, p. 85).

Desta maneira, estima-se que este atendimento seja registrado e monitorado no Cartão da Gestante – para amenizar os casos de mortalidade materna é possível que esses dados sejam dispostos em uma plataforma online. Além do acompanhamento da equipe de saúde, é necessário que os dados dos exames físicos e laboratoriais estejam de fácil acesso para a gestante, para que inclusive possa – de acordo com sua vontade – buscar a opinião e tratamento com outros médicos que não somente os da Atenção Básica (DIAS et al., 2018).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do elucidado no presente estudo, pôde-se observar que a mortalidade materna é uma das maiores preocupações de saúde pública a nível mundial. Pretende-se, através da iniciativa e de incentivos da ONU e da OMS, amenizar os dados em todo o mundo, inclusive no Brasil, que através do Ministério da Saúde, pretende até o ano de 2030 reduzir mortalidade materna em todo o território nacional.

É evidente que para que este objetivo se concretize, é necessário uma série de investimentos em saúde, infraestrutura e tecnologia, isto porque uma das maiores problemáticas que levam a esta ocorrência é a falta de acesso aos cuidados por mulheres que residem em locais de maior pobreza e distanciamento dos centros urbanos, o que torna quase impossível a realização de um pré-natal completo e humanizado.

A realização do pré-natal conforme as especificações apontadas pelo Ministério da Saúde, trata-se de um dos mecanismos mais importantes para a diminuição da mortalidade materna, que acontece em razão das inúmeras doenças que podem ocorrer neste período. Com este acompanhamento, é possível identificar as enfermidades mais cedo para que o tratamento se inicie sem quaisquer prejuízos para saúde da mulher e do bebê.

Entretanto toda a rede de atenção a mulher precisa promover assistência à saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal sem muros e sem portas, ou seja, com facilidade de acesso a qualquer um dos níveis de atenção à saúde para que suas necessidades de saúde sejam atendidas e resolvidas com os melhores desfechos possíveis.

REFERÊNCIAS

BRITO, L. de M. E.; MESQUITA, K. K. C. B.; MELO, J. S.; SANTOS, T. P. dos. The importance of prenatal in basic health: a bibliographic review. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e51101522471, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22471. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22471>. Acesso em: 10 sep. 2023.

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. *Revista Sustinere*, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 52 - 62, jul. 2018. ISSN 2359-0424. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722>. Acesso em: 10 set. 2023. doi:<https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.31722>.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Tendências na Mortalidade Materna 2000-2020. Rio de Janeiro, 08 mar. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/>.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). ODS - Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ipea; 2018. [acessado 2023 ago 28]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf

MARQUES, B. L. et al.. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2021. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ksLJGFs/#>

MARTINS, A. L. J. et al.. Potencialidades e desafios do monitoramento da saúde na Agenda 2030 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 7, p. 2519-2529, 2022. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/J7hJ6qcJxYV7KNjbnGmJrbs/#>

MELO, D. E. B.; SILVA, S. P. C. e; MATOS, K. K. C.; MARTINS, V. H. S. Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S. l.], v. 10, p. e18, 2020. DOI: 10.5902/2179769237235. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37235>. Acesso em: 10 set. 2023.

Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU; 2015. [acessado 2023 ago 28]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

ONU (OMS). Organização das Nações Unidas. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2020, World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>. Acesso em: 8 set. 2023.

OPAS (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde. Mortalidade Materna. Saúde materna, OPAS, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna#:~:text=A%20mortalidade%20materna%20%C3%A9%20inaceitavelmente,a%20gravidez%20e%20o%20parto>. Acesso em: 6 set. 2023.

TOMASI, Yaná Tamara et al . Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 30, n. 1, e2020383, 2021 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 set. 2023. Epub 31-Jan-2021. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014>.

CAPÍTULO IX

AGOSTO DOURADO: RELATANDO UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

GOLDEN AUGUST: REPORTING ON A HEALTH EDUCATION EXPERIENCE TO PROMOTE BREASTFEEDING

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-9

Alice Leite dos Santos¹
Maria Luize Parente Meneses¹
Shirlei Maria dos Santos¹
Yasmymm Cezário Gomes¹
Aline Moraes Venancio de Alencar²
João Paulo da Silva Xavier³

¹ Acadêmicas do curso de Enfermagem. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO.

³ Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO.

RESUMO

Entendendo a relevância do leite materno foi instituído por lei que, no decorrer do mês de agosto, devem ser intensificadas ações intersectoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do aleitamento materno, através da campanha intitulada Agosto Dourado, a alusão a cor dourada está relacionada ao padrão ouro de qualidade do leite materno. O objetivo do estudo foi relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem sobre uma ação educativa na atenção básica sobre aleitamento materno em referência ao agosto dourado. O aleitamento materno exclusivo é definido quando a criança recebe somente leite materno, constitui-se uma estratégia com grande impacto na redução da mortalidade infantil entre outros benefícios, mas apesar disso, também exige aprendizado e estratégias que visam enfrentar as dificuldades acerca do aleitamento e abandono da prática. A ação educativa na promovida na unidade de saúde exerceu influência benéfica sobre o conhecimento, percepção e atitudes em relação ao aleitamento materno, pois ações de educação em saúde são medidas efetivas que podem exercer papéis positivos na prática do aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento. Agosto Dourado. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Understanding the relevance of breast milk, a law was established to intensify intersectoral actions in August to raise awareness and provide information about the importance of breastfeeding through the campaign called "Golden August." The objective of the study was to report the experience of nursing students in an educational action on breastfeeding in primary care, specifically related to "Golden August." Exclusive breastfeeding, defined as when a child receives only breast milk, has a significant impact on reducing infant mortality and has other benefits. However, it also requires learning and strategies to address breastfeeding difficulties and abandonment. The educational action carried out in the health unit had a beneficial influence on knowledge, perception, and attitudes towards breastfeeding since health education actions are effective measures that can have positive roles in breastfeeding practice.

Keywords: Breastfeeding. Golden August. Health education.

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) é definido quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado até os seis meses de vida. E a recomendação é que as crianças sejam amamentadas até dois anos de idade ou mais de forma complementar (BRASIL, 2022).

De acordo com o ministério da saúde, em 1986, o percentual de crianças brasileiras com menos de seis meses alimentadas exclusivamente com leite materno não passava de 3%. Em 2008, já tinha atingido os 41%. Atualmente, a amamentação exclusiva chega aos 46%. Percentual próximo aos 50% que a OMS estipulou como meta a ser atingida pelos países até 2025 (BRASIL, 2022).

Proteger e apoiar o aleitamento materno são umas medidas de promoção de saúde importante para o desenvolvimento orofacial, além de melhorar o devido crescimento das estruturas da face e da boca, o incentivo ao aleitamento materno é uma forma de proteger à saúde da criança como um todo, pois aumenta sua imunidade prevenindo uma série de doenças e a mortalidade infantil (BOLZAN et al., 2022).

Ademais, tem-se a cultura de hábitos orais tais como o uso de chupeta e de mamadeira no qual podem prejudicar a amamentação e também causar problemas no desenvolvimento da face e das funções de sucção, mastigação, deglutição e fala. Portanto, é de suma importância esclarecer os riscos desses hábitos e propor outras formas para as famílias ofertar esses produtos, com intuito de minimizar prejuízos ao desenvolvimento das crianças (BOLZAN et al., 2022).

E dentre os benefícios da amamentação, destaca-se o aumento do desenvolvimento intelectual da criança, a redução do risco de obesidade e desenvolvimento de diabetes (UFRJ, 2019). Além disso, traz benefícios para as mães que amamentam previne, também, câncer de mama e a obesidade pós-parto. (VICTORA et al., 2016).

O Aleitamento Materno constitui-se uma estratégia com grande impacto na redução da mortalidade infantil e é associado mundialmente como um importante instrumento de promoção da saúde materno-infantil. Nesse contexto, compreende-se que na Atenção Básica (AB), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) corresponde a um amplo espaço para a realização de ações de promoção e proteção da saúde, dentre elas incluem o Aleitamento Materno exclusivo (AME) (SANTOS, et al, 2019).

Entendendo a relevância do leite materno, foi instituído pela Lei nº 13.435/2017 o mês do Aleitamento Materno no Brasil ficando determinado que, no decorrer do mês de agosto, devem ser intensificadas ações Inter setoriais de conscientização e esclarecimento sobre a

importância do aleitamento materno, através da campanha intitulada Agosto Dourado, a alusão a cor dourada está relacionada ao padrão ouro de qualidade do leite materno, para simbolizar a importância desse ato, tentando sensibilizar cada vez mais as mães a dar exclusividade à esta prática para filhos de até 6 meses e se possível postergar até 2 anos ou mais (BRASIL, 2017a).

No entanto, apesar dos benefícios, o processo de amamentar demanda aprendizado e estratégias de enfrentamento das dificuldades e diante da complexidade do aleitamento materno muitas mães abandonam a prática e como consequência ocorre o desmame precoce. Dessa forma, a intervenção educativa oferece as mulheres o conhecimento e manejo sobre o AME, procurando ingressar as mulheres nessa prática de forma mais segura.

O estudo teve como objetivo relatar a experiência de educação em saúde na atenção básica, sobre aleitamento materno, durante as comemorações do agosto dourado.

2. DESENVOLVIMENTO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA

2.1. VIVÊNCIA DE UMA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Este relato descreve a experiência de um momento compartilhado entre acadêmicas de um curso de enfermagem com gestantes e puérperas de uma unidade básica de saúde no interior do Ceará, que promoveu uma troca de conhecimentos com o público alvo sobre aleitamento materno.

O desenvolvimento da ação educativa ocorreu em alusão ao agosto dourado, e propiciou a troca de experiências, aprendizados, dicas e olhares sobre o aleitamento materno exclusivo, ocorrendo através de orientações às gestantes e lactantes por meio do acesso a informações seguras de forma facilitada, através da troca de saberes entre as usuárias e profissionais de saúde no que concerne a garantia da promoção e preservação da prática do aleitamento materno exclusivo.

A atividade ocorreu com apoio da equipe multiprofissional da atenção primária que realizou o convite a todas as gestantes e puérperas para participar do evento. O momento foi organizado nas seguintes fases: acolhimento e apresentação do grupo; exposição dialogada sobre o câncer de mama, com utilização de próteses para demonstração das alterações mamárias e prévio a ação desenvolvida uma tecnologia em saúde, um panfleto educativo com os conteúdos abordados: benefício da amamentação para a mãe quanto para o bebê, fases do aleitamento materno, dificuldades no manejo da amamentação.

O intuito foi educar essas mulheres sobre o quão é importante e benéfico o aleitamento materno, fazendo com que assim diminua a taxa de incidência de desmame precoce, que por muitas vezes a falta de informação pode levá-las a abdicação do ato.

Evidenciou-se que o uso da tecnologia educativa contribuiu no processo de comunicação entre facilitadoras e participantes, favorecendo o processo de aprendizagem, além de promover a difusão de informações sobre o aleitamento materno, visto que todas levaram o panfleto para casa.

Foi possível observar que houve uma construção ao longo da ação, e que muitas dúvidas foram sanadas, demonstrando que é possível construir e adaptar modelos de cuidados a realidade de cada território.

A atenção primária à saúde exerce um papel relevante, devido ao seu protagonismo de acolhimento e execução de ações de saúde em nível individual e coletivo. Dentre seus eixos de atuação, estão a proteção e promoção da saúde, e prevenção de doenças e agravos. No entanto, muitos são os desafios para que sua efetividade seja alcançada, principalmente no que diz respeito à promoção da saúde (BRASIL, 2017b).

A informação, a comunicação e a educação em saúde são ferramentas importantes que fazem parte da promoção da saúde de indivíduos e comunidades, visando centralmente a mudança de estilos de vida e fatores comportamentais de risco (PETTRES; ROS, 2018).

A saúde é resultado da produção social e sua compreensão não pode ser restrita ao setor saúde. A atuação pautada no conceito ampliado de saúde requer um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que deve ser estimulado desde a formação profissional. (BRASIL, 2017b).

2.2. ESTRATÉGIAS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

A educação em saúde é uma importante estratégia na intervenção no processo saúde e doença, e tem como objetivo estimular as pessoas nas mudanças dos padrões de vida, na utilização dos serviços de saúde colocados à sua disposição e na autonomia para a tomada de decisões, individuais ou coletivas, que visem melhorar suas condições de saúde e do meio em que vivem (AZEVEDO et al., 2018).

A prática da educação em saúde é considerada um meio bastante importante para ampliação do conhecimento e práticas relacionadas aos comportamentos saudáveis dos indivíduos, com intuito de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade por sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertencem (GUETERRES et al., 2017).

No caso do aleitamento materno a educação em saúde deve criar oportunidades de aprendizagem e comunicação para obter como resultado uma melhora do conhecimento em

relação ao aleitamento materno e, conseqüentemente, maior adesão ao mesmo (LUCENA et al., 2018).

Menciona-se que o enfermeiro tem como objetivo assistir e facilitar o entendimento dos indivíduos quanto as suas precisões e segurança no autocuidado. Dessa forma auxilia a mulher a compreender quais suas necessidades ajudando no processo de autonomia, e pode contribuir com a construção de tecnologias educacionais que executem o AME e estimulem as ações de promoções do aleitamento materno exclusivo (FERREIRA et al., 2023)

Mediante inúmeros indícios do abandono precoce do leite materno, é importante destacar a necessidade do desenvolvimento de estratégias para a promoção da amamentação na atenção primária, desta forma, é possível citar: orientações sobre o AME durante as consultas do pré-natal e pós-parto, palestra e eventos, divulgações nas diversas mídias do agosto dourado, reuniões com as comunidades, ações de divulgações em espaços públicos, programar grupo de apoio à amamentação acessível a todas as gestantes e mães, orientar sobre método de canguru e rede de bancos de leite humano, roda de conversa, vídeos educativos, panfletos, banner, cartilhas, internet, grupos de WhatsApp para troca de informações, rádio e TV para a população da zona rural, a busca ativa em domicilio para as pessoas que não frequenta a ESF, realizar visita domiciliar juntamente com médicos, técnicos em enfermagem, ACS (FERREIRA et al., 2023; GONÇALVES, 2022).

Destacam-se, entre estas, as estratégias educacionais, mostrando a relevância da educação em saúde feita por um profissional qualificado, pois a educação em saúde é ferramenta eficaz para a promoção do AM, se realizado por profissional de saúde que tenha conhecimento contribuindo para integrar os benefícios acerca do binômio mãe-bebê. (SIQUEIRA; SANCHES; MATTAR, 2019).

É importante ressaltar que a educação em saúde com foco no manejo da amamentação seja construída em modelo coerente, levando em consideração o contexto da mulher, vulnerabilidades, comorbidades associadas, entre outros. Nesta situação a tecnologia educacional deve-se adequar para transferir o conhecimento de acordo com o público-alvo, com coerência para que o objetivo seja alcançado, o sucesso da amamentação (GONÇALVES, 2022).

2.3. DESAFIOS PROFISSIONAIS PARA O INCENTIVO E ADESÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

O processo de amamentação da mulher compõe características subjetivas e objetivas que englobam desde o preparo físico, emocional até o conhecimento e o encorajamento por partes dos familiares e o seguimento dos profissionais de saúde. Em vista disso, são

imensuráveis os desafios e as dificuldades enfrentadas pelas gestantes durante o ciclo gravídico puerperal (HIGASHI et al., 2021).

Popularmente, inúmeros são os obstáculos enfrentados pelas puérperas para conseguirem amamentar, dentre elas: as provações fisiopatológicas, como ingurgitamentos, a mastite, o bloqueio de ductos lactíferos, o trauma mamilar, fistulas mamarias, infecções, crenças familiares, leite fraco, indústria alimentícia nas divulgações de formulas, prematuridade, incentivos de profissionais, hipogalactia, o não desejo de alimentar, as patologias contraindicadas, como consequência destas circunstâncias, acaba sucedendo a desistência da oferta do leite materno, sendo assim ocorrendo a introdução de formulas e leites industrializados, chás, água e etc (FERREIRA et al., 2023).

Dessa forma, é evidente a importância da participação do enfermeiro no período gestacional, buscando esclarecer as dúvidas e dificuldades que possam somar durante todo o processo de cada mulher porque uma gestante habilitada com conhecimentos sobre o AME evita e diminuir a desistência, e consistir a tomada de decisão sob a influência sociocultural para a não adesão a esta pratica (SOUZA, 2021).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, entende-se que a ação de educação em saúde, realizada na UBS, exerceu influência benéfica sobre o conhecimento, percepção e atitudes em relação ao aleitamento materno, pois ações de educação em saúde são medidas efetivas que podem exercer papéis positivos na prática do AME.

Na atividade educativa, verificou-se que muitas mulheres tinham dúvidas e medos sobre o aleitamento materno e a ação favoreceu o diálogo e a troca de informações que será muito importante para o manejo com a amamentação, já que maior conhecimento representa maior capacidade de escolha e predisposição em amamentar, diminuindo o desmame precoce.

Além disso, trouxe vantagens para as acadêmicas de enfermagem adquirir conhecimentos sobre o aleitamento materno e experiências positivas para aprimorarem mais suas abordagens de educação em saúde, tendo em vista que é uma prática comum do enfermeiro na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, P. R. et al. Health education shares in the context of chronic diseases: integrative review / ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas. **RPCFO.**, v. 10, n. 1, p. 260-267, 2018.

BOLZAN, Geovana de Paula et al. **Aleitamento Materno, hábitos orais e introdução alimentar**: tire suas dúvidas.– 1. ed. – Santa Maria, RS: UFSM, Pró-Reitoria de Extensão, 2022. e-book. – (Série Extensão)

BRASIL. **Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**.2021. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

BRASIL. Lei nº 13.435, de 12 de Abril de 2017. Institui **O MÊS DE AGOSTO COMO O MÊS DO ALEITAMENTO MATERNO**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Campanha nacional busca estimular aleitamento materno, 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2584-campanha-nacional-busca-estimularaleitamentomaterno#:~:text=Atualmente%2C%20a%20amamenta%C3%A7%C3%A3o%20exclusiva%20chega,completar%202%20anos%20de%20idade.>

FERREIRA, Ana Paula Matos et al. Tecnologias educacionais direcionadas ao aleitamento materno produzidas na pós-graduação em enfermagem brasileira. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 2, p. 720-736, 2023.

GONÇALVES DIAS, Ernandes et al. Estratégias de promoção do aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce. **J. Health NPEPS**, p. 1-21, 2022.

GUETERRES, Evillin Costa, et al. Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. **Enfermeira Global**, Murcia [Espanha], v. 16, n. 46, p. 464-499, abr. 2017. Disponível: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00464.pdf

HIGASHI, Giovana Callegaro et al. Práticas de enfermeiros e a influência sociocultural na adesão ao aleitamento materno. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38540>

LUCENA, D. B. de A, et al. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0068>.

PETTRES, Andreia Assmann; DA ROS, Marco Aurélio. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375>

SOUZA, Carolina Belomo de et al. Promoção, proteção e apoio à amamentação no trabalho e o alcance do desenvolvimento sustentável: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1059-1072, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NsPmNtGRZTTByfHGp4SZ4Bs/?format=pdf&lang=pt>

SIQUEIRA, P.B.C., SANCHES, T.C., MATTAR, M.J.G. Desafios e avanços na qualificação em “Aconselhamento em amamentação” de enfermeiros da ESF no município de Taubaté – SP, 2019. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, 20(1), 74-82. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1008693/desafios-e-avancos_bis_mestrado_10.pdf

UFRJ. Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2anos. enani 2019. - documento eletrônico. - rio de janeiro, rj: ufrj, 2021. (108pg.). Coordenador geral, gilberto kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

VICTORA, G. C., et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)

CAPÍTULO X

IMPACTO DO NOVO MARCO DO SANEAMENTO BÁSICO NAS DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA NA INFÂNCIA

IMPACT OF THE NEW BASIC SAME FRAMEWORK ON WATER-BORNE DISEASES IN CHILDHOOD

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-10

Fabíola Ferreira Alves ¹
Antonia Zeniluida Ferreira Pinho ¹
Darciane da Silva Souza ¹
Aline Morais Venancio de Alencar ²
João Paulo da Silva Xavier ³

¹ Acadêmicas do curso de enfermagem da instituição Centro Universitário Doutor Leão Sampaio- UNILEÃO.

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

³ Doutor em Cuidados Clínicos Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

RESUMO

O saneamento básico é definido como um conjunto de serviços voltados para a infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos e drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Traz as metas e as doenças causadas pelo tratamento ineficaz de água. Objetivou refletir teoricamente, como o novo marco do saneamento básico pode impactar nas doenças de veiculação hídrica na infância. Conclui-se que o novo marco poderá ser fundamental para proporcionar melhor qualidade de vida a população e erradicar as doenças evitáveis.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde. Doenças de veiculação hídrica.

ABSTRACT

Basic sanitation is defined as a set of services aimed at infrastructure and operational installations for the supply of drinking water, sanitary sewage, urban cleaning and solid waste management, and drainage and management of urban rainwater. Brings the goals and diseases caused by ineffective water treatment. It aimed to reflect theoretically, how the new framework of basic sanitation can impact on waterborne diseases in childhood. It is concluded that the new framework could be fundamental to provide better quality and eradicate preventable diseases.

Keywords: Quality of life. Health. Waterborne diseases.

1. INTRODUÇÃO

O saneamento básico é definido como um conjunto de serviços voltados para a infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos e drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Além de garantir uma melhoria na condição de vida da população, o saneamento básico de qualidade ajuda indiretamente o meio ambiente (PINTO; RIBAS, 2022).

No Brasil, a carência de um sistema de saneamento básico adequado atinge principalmente a população mais carente, cerca de 35 milhões de brasileiros não possuem água tratada e 100 milhões não têm acesso a coleta de esgoto. Essa carência, configura como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças por causas evitáveis na população mais carente do país e que inclusive pode levar o indivíduo a morte, principalmente crianças (VASCO, 2022).

Nesse contexto, o novo marco legal do saneamento básico, lei nº 14.026/2020, traz novas atualizações da então lei vigente, a lei 11.445, de 5 de janeiro de 2007, com intuito de aprimorar as condições estruturais do saneamento básico no país. Com isso, o marco atribui à Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA) competência para editar normas de referência sobre o serviço de saneamento e realizar alterações relativas ao saneamento básico, especialmente em relação a titularidade, contratos, concessões, universalização de acesso à água potável, além de tratamento de esgoto e resíduos sólidos (BRASIL, 2020).

Segundo o Sistema Nacional de Informações sobre o Saneamento (SNIS), em 2021, apenas 84,2% da população brasileira tem acesso ao abastecimento de água, no entanto nem toda água disponível passa pelo tratamento adequado. Somente 55,8% têm atendimento de esgoto e 89,9% de cobertura de coleta domiciliar de resíduos sólidos. Os dados revelam-se preocupantes pois o acesso inadequado ao serviço de saneamento básico ou escassez em áreas urbanas, podem desencadear algumas doenças (BRASIL, 2021).

Diversas patologias podem ser geradas pela ausência de saneamento básico, dentre elas as de veiculação hídrica. A água em condições inadequadas para consumo e fornecimento é o principal causador de doenças na população mais carente, principalmente na infância são elas: a diarreia, cólera, dengue, febre amarela, tracoma, as hepatites, conjuntivites, poliomielite, escabioses, leptospirose, febre tifoide, esquistossomose e malária (DAMKE; PASINI, 2020).

Nessa perspectiva, vale ressaltar as pessoas acometidas por alguma dessas doenças tem o atendimento em sua maioria na atenção primária à saúde. As equipes de saúde da família têm responsabilidade sanitária pela comunidade na sua área de descrição. Dessa forma a equipe

multiprofissional, principalmente o enfermeiro tem um papel de destaque na prática de educação nas unidades de saúde, por ter maior contato com a população e por sua liderança com agentes comunitários de saúde, buscando identificar as vulnerabilidades sociais e realizando trabalhos de prevenção e promoção junto à equipe e à comunidade (ALVICO, 2023).

Desse modo, o presente estudo foi motivado devido vivências acadêmicas que despertaram reflexões, as quais fizeram emergir a necessidade de produzir trabalho com foco em uma questão fundamental como o saneamento básico, ainda negligenciado no país e devido isso a saúde da população brasileira é comprometida.

Tendo em vista esses aspectos, o respectivo trabalho objetivou refletir teoricamente, como o novo marco do saneamento básico pode impactar nas doenças de veiculação hídrica na infância.

2. DESENVOLVIMENTO DA REFLEXÃO TEÓRICA

2.1. CONTRIBUIÇÃO PARA A GARANTIA DO DIREITO HUMANO À ÁGUA E AO SANEAMENTO

Ao se tratar do saneamento é necessário observar o crescimento demográfico e ocupação de áreas com deficiência no abastecimento de recursos hídricos, a carência de subsídios que possam modificar o contexto das diversas localidades do país tanto rural como urbana. Essas variáveis contribuem de forma direta na inexistência ou precariedade do acesso aos serviços de saneamento, resultando em limitação de acesso a água potável, disseminação de patologias, revelando assim, violação a dignidade humana no que tange a Constituição Federal (PINTO; RIBAS, 2022).

O saneamento básico é essencial para a se possibilitar melhores condições de vida. Dentre os seus pilares dá-se relevância para o tratamento e abastecimento de água, visto que é imprescindível à vida e também o principal meio de veiculação de doenças que acomete principalmente crianças das periferias (FILHO, 2022).

O cenário brasileiro atual revela a face da desigualdade ao acesso de serviços básicos a população mais vulnerável economicamente, a qual possuem o seu direito negligenciado pelo próprio Estado, assim ocorre com frequência as incidências de doenças intituladas doenças negligenciadas. Desse modo, entende-se que para assegurar o direito a melhoria na qualidade de vida é preciso, por intermédio do plano de metas do novo marco legal do saneamento (BORJA, 2021).

Nesse contexto, entende-se que as inovações normativas do novo marco legal do saneamento, lei 14.026/2020, inclui o aumento de competências da Agência Nacional de Águas

(ANA), que passou a ter o poder editar normas de referência sobre o serviço de saneamento, engajando uma previsão expressa para que a ANA disponibilizasse acesso a serviços de saneamento de qualidade (OLIVEIRA, et al, 2020).

A ANA com o novo marco legal, passa a representar um papel mais enfático referente a normas relacionadas ao manejo de resíduos sólidos, drenagem de águas, por padrões de qualidade e eficiência na prestação, na manutenção e na operação dos sistemas de saneamento básico, pelo abastecimento de água, a coleta e o tratamento de esgotos, entre outros (OLIVEIRA, et al, 2020).

Historicamente os investimentos em saneamento ocorreram de forma desigual e concentrado, sendo realizado em sua maioria pelo setor público. A prestação de um serviço de tratamento de água adequado implica na realização efetiva das atividades voltadas para a prevenção e promoção de saúde pública, isso significa dizer que a disponibilidade de água potável para consumo humano de boa qualidade evita o aparecimento de doenças. Bem como, na diminuição da taxa de mortalidade infantil causada pelas doenças de veiculação hídrica (ROCHA, 2020).

Logo, promover o saneamento básico, favorecer o acesso a água potável é um direito humano, e possibilita mudança no panorama geral de uma população historicamente desfavorecida pelas políticas públicas.

2.2. NOVO MARCO LEGAL DO SANEAMENTO BÁSICO

O novo marco legal do saneamento básico, sugere a participação de empresas privadas e privatização de empresas públicas como forma de estimular a concorrência entre as empresas para conseguir alcançar as metas dispostas na lei. Para alicerçar os primeiros passos da universalização do saneamento e atingir o resultado esperado de 99% da população com acesso a água potável e 95% com acesso a coleta de resíduos sólidos (GADELHA et al., 2021).

Mediante contexto, é fundamental explicar que a lei nº 14.026, é instituída como forma de atualizar as leis de saneamento já existentes. Conforme, a atualização descrita na referida lei a mudanças na lei nº 9.984/2000, realiza modificações a respeito das competências, normas e atribuições da ANA refletem a regulação dos serviços públicos de saneamento básico (BRASIL, 2020a).

Assim também, a modificações principalmente na lei nº 11.445 de 2007, como forma de aprimorar as estruturas do saneamento no país. Estabelece a ANA a diligência de atuar estabelecendo padrões de qualidade e eficiência na prestação de serviços, promover prestação

adequada de recursos, entre outras. Essas mudanças, são fundamentadas para que o critério para cumprimento da universalização seja atendido (BRASIL, 2020b).

E as perspectivas para mudança no cenário epidemiológico, as novas metas do novo marco legal do saneamento básico, ocorram até 2033, onde se espera que o número de pessoas com acesso a água potável aumente em até 99% da população, e que com isso ocorra diminuição do número de doenças, para garantir o direito universal a esse recurso natural.

2.3. RELAÇÃO SAÚDE E DOENÇA

Sabe-se que o saneamento é fundamental para a qualidade de vida da população. Nesse contexto, apesar das mídias e departamento políticos passarem uma visão romanceada de “água como fonte de vida”, ainda existe uma grande quantidade de brasileiros que não tem o acesso básico a esse recurso. Tal fator se deve principalmente ao serviço deficiente e inadequado ou até mesmo inexistente em algumas regiões, devido a isso água sem condições adequadas constitui-se com meio de veiculação de doenças e que já foi das principais causas de mortalidade infantil.

Quando se tem acesso ao tratamento de água e esgoto, a população tem a oportunidade acabar ou pelo menos diminuir os efeitos de uma possível contaminação por com microrganismo patogênicos, em que o veículo transmissor seja a água contaminada.

A água pode ser contaminada com material fecal, contaminação das nascentes, resíduos. Nessas condições a água pode causar doenças como dengue, cólera, diarreia, leptospirose, febre tifoide, hepatite A, esquistossomose, entre outras tantas, são doenças diretamente vinculadas ao que em direito sanitário se chama de atenção básica (ROCHA, 2022).

Segundo a OMS, em 2020, cerca de 29% da população global dispõem de serviços de água como instalação básica para lavar as mãos, destaca também que os demais serviços estão concentrados em áreas urbanas. Sabe-se a água pode ser usada para diversos fins, para o consumo humano, quando tratada de forma adequada os riscos de contágio por doenças de veiculação hídrica é praticamente nulo, assim como para o seu uso para higiene das mãos que reduz a contaminação por meio de microrganismos que estejam nelas, em especial as crianças que tem maior taxa de contágio de doenças transmitidas por esse meio (ROCHA, 2022).

A água de boa qualidade independentemente do fim a que se destina, seja, para consumo ou para tratamento (esgoto), é crucial para favorecer um meio ambiente equilibrado e saudável. Onde o saneamento é inexistente a crianças com verminoses é muitos esgotos a céu aberto, é comum em períodos chuvosos em áreas que não há escoamento que ocorra casos de leishmaniose, dentre outras doenças (FILHO, et al,2022).

Com as novas metas do saneamento, as propostas de mudanças são otimistas e refletir positivamente no panorama em saúde do país, principalmente para mitigar as causas de adoecimentos e mortalidade infantil.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente que o saneamento tem papel crucial na qualidade de vida de uma população e redução ou erradicação de doenças, causado pela falta desse serviço. Assim, quanto mais abrangentes e eficientes forem esses serviços, menor será a ocorrência de internações hospitalares por doenças de veiculação hídrica em crianças. Consequentemente, o gasto público será menor com essas doenças apenas ampliando a cobertura dos serviços básicos de saneamento.

Dessa forma, considerando como objetivo demonstrar como o saneamento básico impacta má proliferação de doenças que poderiam ser perfeitamente evitadas e controladas, e que referidas doenças provocam um gasto imenso no Sistema Público de Saúde. Percebe-se que a nova lei a 14026, tende a potenciar mudanças nessa realidade e alterar variáveis causadoras de doenças negligenciadas previsíveis.

REFERÊNCIAS

ALVIÇO, Renata Gehre de Oliveira. Saúde, saneamento e percepção ambiental: uma análise especial de estratégias de saúde da família na cidade de Aquidauana-MS. UFMS, Aquidauana-MS, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/5828>. Acesso em: 22 ago. 2023.

ANTUNES, Paulo de Bessa; OLIVEIRA, Rafael Daudt. Breves considerações sobre o novo marco regulatório do saneamento básico –Lei nº 14.026. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://blog.grupogen.com.br/juridico/areas-de-interesse/ambiental/marco-regulatorio-saneamento-basico/>.

BORJA, P. C. Política pública de saneamento básico: uma análise da recente experiência brasileira. Saúde e Sociedade. v. 23, n. 2, p. 432-447, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gn7vpPFZYBHq6s6JVtHCHbw/?format=pdf&la-ng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 14.026, de 15 de julho de 2020. Novo Marco Legal do Saneamento Básico. Brasil, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2020/lei/L14026.htm.

DAMKE, Taiara; PASINI, Fernando. A importância da potabilidade da água no saneamento básico para a promoção da saúde pública no Brasil. Rev Teccen. 2020;13(1):8 15. <https://doi.org/10.21727/teccen.v13i1.2200>. Disponível em:

<http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/TECCEN/article/view/2200>.
Acesso em: 20 ago. 2023

FILHO, Daniel Rodrigues Silva Filho, et al. Análise dos indicadores de saneamento básico e seus impactos sobre a saúde pública e coletiva em Aparecida de Goiânia, Goiás. *Brazilian Journal of Health Review*. Curitiba, v. 5, n. 2,p, 5407-5427 mar./apr., 2022.

GADELHA, Hugo Sarmiento. O novo marco regulatório do saneamento básico e o direito ao acesso à água. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 11, pág. e569101118843, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.18843. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18843>. Acesso em: 31 ago. 2023.

LAZZARETTI, Luciana. Saneamento básico e sua influência sobre a saúde da população. UFRGS, Porto Alegre- RS, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/67761>. Acesso em: 22 ago. 2023.

OLIVEIRA, Carlos Roberto. O novo saneamento básico no Brasil. Editora Foco, Indaiatuba – SP, 2020, p.20-23. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6241196/mod_resource/content/1/A%20MEDIA%20CLAL_O%20E%20A%20ARBITRAGEM%20DOS%20CONFLITOS%20NO%20SETOR%20DE%20SANEAMENTO%20BAL_SICO%20AL.pdf. Aceso em: 30 ago. 2023.

OLIVEIRA, Gesner et al. Estudo sobre os avanços do novo marco legal do saneamento básico no Brasil – 2022 (SNIS 2020). São Paulo: GO Associados, 2022. Disponível em: https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/09/RELATORIO_COMPLETO_-Novo_Marco-2022.pdf. Acesso em: 30 ago. 2023

PINTO, Alyre Marques; RIBAS, Lídia Maria. Novo marco legal do saneamento básico: uma contribuição para a efetividade do direito à água potável e ao saneamento no Brasil. *Rev Auditorium*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 55, p. 84-119, jul./out. 2022. Disponível em: https://repositorio.funasa.gov.br/bitstream/handle/123456789/725/Artigo_Novo_Marco_Legal_do_Saneamento_Basico_Alyre_Lidia.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 ago. 2023.

ROCHA, Valéria Maria Lacerda. Os impactos da ausência de saneamento básico no direito à saúde da população brasileira: Uma análise do direito ao meio ambiente saudável e o direito à Saúde. *Direito e Liberdade*, Natal, v. 24, n. 3, p. 251-282, set./dez. 2022. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/171842>. Acesso em: 22 ago 2023.

CAPÍTULO XI

POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA COM A SAÚDE DO TRABALHADOR

POTENTIALITIES AND CHALLENGES OF THE PRIMARY CARE NURSE WITH WORKER'S HEALTH

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-11

Marcolino Ribeiro Silva ¹
Maria Thais Maciel de Sousa ¹
Vitória Pereira do Nascimento ¹
Aline Moraes Venancio de Alencar ²
João Paulo Xavier da Silva ³

¹ Acadêmicas Curso de Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - UNILEÃO

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO

³ Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO

RESUMO

Este estudo tem como objetivo, analisar na literatura os desafios e potencialidades identificados pelo profissional de enfermagem na promoção da saúde do trabalhador na atenção primária. A prática do trabalho é uma parte essencial da experiência humana, que foi aprimorado e ampliado no decorrer da história, que dependendo da função a ser executada, pode trazer satisfação ao trabalhador ou pode ser desencadeado fatores que afetam a qualidade de vida. Desse modo, o enfermeiro deve adaptar em sua rotina, atividade e procedimentos que qualificam o cuidado e atenção aos trabalhadores, como a escuta inicial, visitas domiciliares, atividades coletivas e consultas multiprofissionais, a fim de identificar agravos ou problemas de saúde relacionados ao trabalho. Concluímos nesse estudo, que o enfermeiro exerce um papel imprescindível e relevante na assistência primária ao trabalhados, buscando minimizar doenças relacionadas a atividades laborais e evitando a prolongação dos sinais e sintomas evidenciados.

ABSTRACT

This study aims to analyze in the literature the challenges and potentialities identified by nursing professionals in promoting workers' health in primary care. Ordinance no. 1,823, published on august 23, 2012, establishes the national workers' health policy, which addresses the importance of comprehensive care for workers' health at all levels of the sus, emphasizing primary care as the network's coordinator, where nurses play a fundamental role in promoting workers' health. The practice of work is an essential part of the human experience, which has been improved and expanded over the course of history. Depending on the function to be performed, it can bring satisfaction to the worker or it can trigger factors that affect quality of life. In this way, nurses must adapt activities and procedures in their routine that qualify care and attention for workers, such as initial listening, home visits, collective activities and multi-professional consultations, in order to identify work-related health problems. We concluded in this study that nurses play an essential and relevant role in primary care for workers, seeking to minimize illnesses related to work activities and avoiding the prolongation of the signs and symptoms shown.

1. INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) reproduz uma conquista da classe trabalhadora, visto que a dinâmica laboral sofreu diversas mudanças no decorrer do tempo, desde a revolução industrial, seguindo com inovações tecnológicas e organizacionais que tornaram a saúde do trabalhador como elemento indispensável para promoção da saúde dos sujeitos (SILVA et al., 2020).

Mesmo com avanços, um dos desafios da saúde do trabalhador é conseguir com que o conjunto de trabalhadores e gestores do SUS incorpore, na sua prática cotidiana, a compreensão do trabalho enquanto um dos determinantes do processo saúde-doença e da necessidade do envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir o cuidado integral aos trabalhadores (GONÇALVES et al., 2022).

Em 2012 houve a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que veio assegurar a implementação de ações de saúde voltadas ao público trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS, reiterando a atenção primária em saúde como ordenadora da rede de atenção no SUS, ao passo que objetiva fortalecer a vigilância em ST e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde; promover saúde, ambientes e processos de trabalhos saudáveis; garantir a integralidade na atenção (BRASIL, 2012).

Dentro do contexto da atenção básica, a enfermagem precisa reconhecer as múltiplas variáveis que rodeiam a população e cada grupo, como, por exemplo, os trabalhadores e trabalhadoras que dentro do contexto social assumem riscos específicos e têm suas vidas impactadas pelas funções que exercem na sociedade (SILVA et al., 2021).

Segundo o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho lançado em 2021, o número de acidentes de trabalho teve uma queda significativa entre os anos de 2011 a 2021, passando de 720.629 registros para 536.174 acidentes. Contudo, houve um aumento no número de óbitos registrados, sendo 2.556 casos em 2021. Para dados de comparação, em 2020 foram contabilizadas 2.132 mortes por acidente de trabalho (BRASIL, 2021).

A atividade laboral pode acarretar efeitos positivos, quando supre as necessidades do trabalhador ou efeitos negativos, quando contribui para o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho. Sendo assim, faz-se necessário ao profissional da saúde um olhar multifatorial, devido as sintomatologias ocultas que derivam de doenças relacionadas ao trabalho, contribuindo para a resolução precoce e evitando o agravamento das enfermidades (ALVES et al., 2020).

Mediante contexto, é imprescindível compreender a interface da assistência de Enfermagem e as práticas desenvolvidas para a saúde do trabalhador na atenção primária para o avanço de ações nessa a área.

O estudo tem como objetivo analisar na literatura os desafios e as potencialidades encontrados pelo profissional de enfermagem frente a promoção da saúde do trabalhador na atenção primária.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O TRABALHO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE SAÚDE E DOENÇA

A despeito da limitada inserção da saúde do trabalhador nas práticas do SUS, o trabalho não deixou de ser um determinante social da saúde (DSS). Além dos agravos tradicionalmente relacionados ao trabalho, tais como doenças do sistema esquelético e motor ou auditivo, o contexto organizacional contemporâneo propicia novas formas de adoecimento dos trabalhadores, especialmente relacionadas à saúde mental (ALMEIDA et al, 2021).

O trabalho é uma atividade fundamental na vida das pessoas e desempenha um papel significativo em todas as sociedades. Ele é uma parte essencial da experiência humana que foi aprimorado e ampliado no decorrer da história se tornando uma prática valiosa que a depender da função executada pode trazer qualidade de vida, realização pessoal, status e relevância social, além de ser um meio para o desenvolvimento de habilidades (CARDOSO, 2015).

Ainda segundo Almeida et al. (2021), é importante notar que a relação das pessoas com o trabalho pode variar amplamente. Algumas pessoas podem encontrar satisfação e significado em suas carreiras, enquanto outras podem enfrentar desafios, estresse e insatisfação no trabalho, visto que o valor do trabalho na vida de alguém pode ser altamente individual e depende de vários fatores, incluindo valores pessoais, objetivos e circunstâncias.

Sendo assim, é importante mencionar os riscos ocupacionais que os trabalhadores das mais variadas áreas estão sujeitos na sua rotina laboral. Podemos citar os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e psicossociais; onde os mesmos podem exercer papel de forma individual ou assumir uma característica sinérgica, ou seja, atuando em conjunto (GONÇALVES et al, 2022).

Nesse contexto, a Saúde Pública, assim como todos os seus componentes, deve realizar intervenções que busquem transformar o processo laboral, visando torná-los dignos, seguros e promotores de saúde para quem o faz. Tal normativa deve ser democratizada para todos que

exercem serviços à sociedade, seja o (a) profissional validado pelas CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas – ou não, haja vista que também estão expostos a riscos (BRASIL, 2018).

2.2. INTERFACE ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA (PNSTT)

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSTT) tem como objetivo a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do trabalhador, onde também aborda a precedência das ações de promoção e prevenção, de assistência, reabilitação e reparação (SOUZA; VIRGENS, 2013).

É primordial destacar que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) executar as ações envolvidas com a saúde do trabalhador, sendo necessário ocorrer a implementação em todos os níveis da Atenção Básica, englobando a promoção, a proteção da saúde e a redução da morbimortalidade, reafirmando que a atenção a saúde do trabalhador deve ser assegurada em todos os pontos de instâncias da rede SUS, estruturadas e articuladas com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Dessa forma, a PNSTT desenvolve estratégias, diretrizes e princípios para que os trabalhadores tenham acesso a saúde integral nas três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2017b).

As ações voltadas aos trabalhadores na RENAST estão relacionadas ao reconhecimento e mapeamento das atividades laborais no território, além de conhecer o perfil dessa população, podendo ser fundamental para identificar os potenciais riscos de impactos a sua saúde e ao meio ambiente, fornecendo uma rede de apoio a todos os trabalhadores, incluindo aqueles que estão inseridos em relações de trabalho informal e de maior vulnerabilidade física, mental e social (BRASIL, 2012).

Cabe também ao RENAST, identificar e notificar agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (Sinan) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), fazer articulações com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), definindo e implantando condutas e manejos assistenciais, de promoção e vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

Os profissionais com a educação permanente, devem adaptar em sua rotina e os procedimentos que qualificam o cuidado e atenção aos trabalhadores. Atribuições como visita domiciliares, atividades coletivas e consultas multiprofissional, colaboram a identificar problemas ou agravo a saúde relacionados ao trabalho (BRASIL, 2017).

2.3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

O profissional de enfermagem deve sempre considerar o seu paciente como um trabalhador, não podendo descartar uma análise multifatorial no acometimento saúde-doença. Diante disso, é essencial um acolhimento e uma escuta qualificada, que possa correlacionar os sinais e sintomas apresentados com a situação laboral (BRASIL, 2018).

Ademais, os pacientes utilizam as Unidades Básicas como primeira escolha para resolver queixas mais simples, sem descartar doenças mais complexas, sendo 80% relacionadas as atividades relacionadas ao trabalho, proporcionando uma integralidade no cuidado. Sendo relevante também, conduzir a assistência em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde – RAS, articulada com a UBS e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, reforçando o apoio matricial (ALVES et al., 2020).

Ao identificar-se uma doença ocupacional, o enfermeiro deve classificar a extensão dos danos, além de orientar quanto as ações trabalhistas e previdenciárias, se necessário. As demandas mais corriqueiras na Atenção Básica estão relacionadas aos acidentes de trabalho, as doenças osteomusculares – LER\Dort, transtornos mentais e as doenças respiratórias (BRASIL, 2018).

Em suma, as intervenções em saúde devem ocorrer de forma a conduzir um melhor prognóstico ao trabalhador, com identificação precoce dos sinais e sintomas, deve ainda fornecer informações sobre como deve ocorrer as notificações necessárias. Cabe ainda ajudar na adoção e medidas para eliminar ou controlar os fatores de risco, principalmente os relacionados à organização do trabalho (BRASIL, 2018).

3. CONCLUSÃO

Destarte, fica evidente a relevância do profissional enfermeiro na assistência ao trabalhador no contexto da atenção básica, em consonância com os demais membros da equipe multidisciplinar, conduz uma rede assistencial que pode minimizar os danos ocasionados por doenças que se relacionam com as atividades laborais.

Diante disso, a capacitação profissional deve ser permanente, com o objetivo de manter o acolhimento e a escuta qualificada, de modo que beneficie na resolução dos problemas enfrentados de forma simplificada e rapidamente, evitando a prolongação dos sinais e sintomas evidenciados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. A. et al. O trabalho como determinante da saúde e espaço de desenvolvimento de competências. *Rev. Psicol., Organ. Trab., Brasília*, v. 21, n. 2, p. 1446-1455, jun. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.2.21507>. Acesso em: 22 set. 2023.

GONÇALVES, A. B. et al. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: (des)conhecimento, fragilidades e potencialidades segundo profissionais da Atenção Básica no município de Iguatu/CE. *Conjecturas*, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 1051-1073, 2022. Disponível em: <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/784>. Acesso em: 22 set. 2023.

SILVA, D. P. et al. Práticas profissionais em saúde do trabalhador na Atenção Primária: desafios para implementação de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 12, p. 6005-6016, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212612.14842021.

SILVA, J. V. O. et al. Atuação do enfermeiro na saúde do trabalhador. *Braz. J. of Develop Curitiba*, v. 6, n. 11, p. 85389-85395, nov. 2020. DOI:10.34117/bjdv6n11-090.

SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. *Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo*, v. 38, n. 128, p. 292-301, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000200016>. Acesso em: 28 set. 2023.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Acidentes de Trabalho caem 25,6% no Brasil em 10 anos. [Brasília]: Ministério da Previdência Social, 04 mai. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/noticias-e-conteudos/2023/maio/acidentes-de-trabalho-caem-25-6-no-brasil-em-10-anos>. Acesso em: 27 ago. 2023.

CARDOSO, A. C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, v. 27, n. 1, p. 73-93, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-207020150110>. Acesso em: 28 set. 2023.

ALVES, A. B. R. et al. Análise da articulação entre saúde do trabalhador e a atenção básica. *Enfermagem Foco*, v.11, n. 5, p. 166-71, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.4007>.

Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 3 out. 2017b. p. 61-192

CAPÍTULO XII

O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO COMO FERRAMENTA PARA CO-UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE.

THE CITIZEN'S ELECTRONIC RECORD AS A TOOL FOR THE CO-USE OF HEALTH INFORMATION.

DOI: 10.51859/amplla.ife706.1123-12

Jéssica Sisnando de Oliveira ¹
Maria Aparecida Feliciano da Silva ¹
Thiago Silva Cirilo ¹
Aline Morais Venancio de Alencar ²
João Paulo Xavier Silva ³

¹ Acadêmicos de Enfermagem. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) – Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil;

² Mestra em Ciências da Saúde. Docente do curso de enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

³ Doutor em Cuidados Clínicos Enfermagem e Saúde. Docente do curso de enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

RESUMO

No Brasil, os primeiros sistemas de informação em saúde (SIS) surgiram em 1970 com o intuito de controlar o faturamento apresentado por prestadores de saúde credenciados ao Instituto Nacional de Previdência Social (Inamps). Com o estabelecimento do SUS foi instituído o Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS), cuja organização coube ao Ministério da Saúde (MS), juntamente com estados e municípios. Assim, a gestão descentralizada orientou ações objetivando prover SIS aos estados e municípios. As tecnologias na área da saúde foram agrupadas em três categorias: Tecnologia dura (equipamentos, mobiliário permanente ou de consumo); Tecnologia leve-dura (saberes estruturados) e tecnologia leve (relativa ao processo de produção da comunicação). Tais categorias estão interligadas e juntas fazem parte do agir da enfermagem. Dentre os SIS o Sistema e-SUS AB é composto pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que trata-se de uma estrutura eletrônica que mantém as informações de saúde e assistência prestada ao indivíduo em todo ciclo vital não limitando-se apenas em realizar o registro no prontuário eletrônico mas ampliando o conjunto de ferramentas e funcionalidades para atender todas as diretrizes de um sistema de informação. O PEC contribui para o cuidado de enfermagem na

dimensão administrativa, uma vez que minimiza a perda ou extravio do prontuário do usuário, facilitando o entendimento do registro dos profissionais além de otimizar o tempo no atendimento, permitindo ao enfermeiro o acesso a informações de saúde do paciente. Ademais, o prontuário eletrônico do cidadão fornece relatórios sobre as atividades desempenhadas pelos profissionais, subsidiando o processo de supervisão e organização do trabalho do enfermeiro supervisor da equipe de enfermagem e da unidade de saúde. Dessa forma, pode-se constatar que o PEC trouxe contribuições para a promoção do cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Sistema de Informação em Saúde (SIS). Atenção Básica.

ABSTRACT

In Brazil, the first health information systems (SIS) emerged in 1970 with the aim of controlling the billing presented by health providers accredited to the National Institute of Social Security (Inamps). With the establishment of the SUS, the National Health Information System (SNIS) was created, which was organized by the Ministry of Health (MS), together with states and municipalities. Thus,

decentralized management guided actions aimed at providing SIS to states and municipalities. Technologies in the healthcare area were grouped into three categories: Hard technology (equipment, permanent or consumer furniture); Soft-hard technology (structured knowledge) and soft technology (related to the communication production process). Such categories are interconnected and together they are part of nursing action. Among the SIS, the e-SUS AB System is composed of the Electronic Citizen Record (PEC), which is an electronic structure that maintains health information and assistance provided to the individual throughout the life cycle, not limited to just carrying out the registration in the electronic medical record but expanding the set of tools and functionalities to meet all the guidelines of an

information system. The PEC contributes to nursing care in the administrative dimension, as it minimizes the loss or misplacement of the user's medical records, facilitating the understanding of the professionals' records, as well as optimizing the time spent providing care, allowing the nurse to access the patient's health information. patient. Furthermore, the citizen's electronic medical record provides reports on the activities performed by professionals, supporting the process of supervising and organizing the work of the nurse supervisor of the nursing team and the health unit. In this way, it can be seen that the PEC made contributions to the promotion of nursing care.

Keywords: Nursing. Electronic Citizen Record (PEC). Health Information System (SIS). Basic Care.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos com o desenvolvimento tecnológico, cada vez mais se fez necessário os profissionais de saúde se utilizarem de programas, sistemas e softwares para qualificarem o trabalho. Define-se sistemas de informação em saúde (SIS) como instrumentos que, por meio do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dão suporte à integração de informações para a melhor compreensão dos problemas e tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde (NETO; CHIORO, 2021).

Dentre os SIS o Sistema e-SUS AB é composto por dois softwares para coleta dos dados, sendo um deles o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que foi constituído de fato sob a portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 quando o Ministério da Saúde instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (LIMA, 2018).

O enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde da AB, compartilha com a equipe as responsabilidades e atribuições deste nível de atenção, realizando ações de prevenção das doenças, manutenção e promoção da saúde, tratamento, diagnóstico, reabilitação e redução de danos. Tem como objetivo prestar assistência à saúde de qualidade para as pessoas e coletividades (BRASIL, 2012).

O objeto de trabalho do enfermeiro é o cuidar cujo processo de trabalho é composto pelas dimensões: assistir, administrar/gerenciar, educar, pesquisar e participar politicamente (SANNA, 2007). A prática do cuidar em enfermagem perpassa, portanto pela compreensão e reflexão do enfermeiro sobre o seu processo de trabalho e da equipe, para ampliar a qualidade da assistência prestada e para superar os desafios (FARAH; DUTRA; SANHUDO, 2017).

O PEC contribui para o cuidado de enfermagem, pois os registros são importantes para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência de enfermagem. A Resolução 429/2012, explicita que: é dever e responsabilidade dos profissionais de enfermagem o registro no prontuário e em documentos próprios de todas as informações relacionadas ao processo de cuidar e no gerenciamento dos processos de trabalho, utilizando meio de suporte tradicional ou eletrônico (COFEN, 2012). Nesse contexto, o PEC surge para contribuir e adequar os registros de enfermagem bem como para favorecer a assistência prestada aos usuários (BRASIL, 2015).

Desse modo, na formação em enfermagem o estágio supervisionado I possibilita aos acadêmicos um contato inicial com esse recurso tecnológico para que a partir do manuseio desse prontuário eletrônico o acadêmico possa trabalhar a coleta de informações e a análise no que diz respeito a comunidade que assiste.

Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo desenvolver uma reflexão teórica sobre o uso do prontuário eletrônico do cidadão na atenção básica a saúde.

2. DESENVOLVIMENTO DA REFLEXÃO TEÓRICA

2.1. A INFORMATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, as inovações tecnológicas iniciaram-se na década de 30 devido pressões provenientes do processo de industrialização, a influência cultural exercida pelos países industrializados passou a ser observado no setor da saúde, tais como, repercussões no ensino médico e na infraestrutura de saúde. Nos anos 50, iniciou-se a industrialização da medicina, constatando-se uma ampliação da rede hospitalar com destaque na atenção médica curativa, na especialização e na tecnificação do ato médico (COUTO et al, 2006).

Já na década de 60, estabelece-se o discurso hegemônico da racionalidade que, tinha como objetivo, expandir a assistência ao âmbito hospitalar. A década de 70 foi marcada pelo fortalecimento do setor saúde como um novo setor industrial com a produção de equipamentos e fármacos que passou a absorver grandes quantias da renda do país. Em contrapartida, essa incorporação tecnológica não significou uma melhoria para a saúde da população (COUTO et al, 2006).

Os primeiros sistemas de informação em saúde (SIS) no Brasil surgiram na década de 1970. Esses SIS serviram para controlar o faturamento apresentado por prestadores de saúde credenciados ao Instituto Nacional de Previdência Social (Inamps). Com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído o Sistema Nacional de Informações em Saúde

(SNIS), cuja organização coube ao Ministério da Saúde (MS), juntamente com estados e municípios. Assim, a gestão descentralizada orientou ações objetivando prover SIS aos estados e municípios. (FORNAZIN; JOIA, 2015)

As tecnologias na área da saúde foram agrupadas em três categorias: Tecnologia dura (equipamentos, mobiliário permanente ou de consumo); Tecnologia leve-dura (saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde) e tecnologia leve (relativa ao processo de produção da comunicação, das relações que levam ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde). Tais categorias estão interligadas e juntas fazem parte do agir da enfermagem (LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

Todo esse desenvolvimento tecnológico veio para agregar maior agilidade e eficiência a saúde brasileira possibilitando praticidade nos registros e resgate de dados dos pacientes que antes eram facilmente perdidos devido a utilização do papel como forma de registrar informações do paciente, coisa que nos dias atuais não é mais frequente.

2.2. O PEC E A EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE: UM CUIDADO CONECTADO

As Tecnologias da Informação (TIs) possibilitam o atendimento das necessidades das pessoas e, se adequadamente utilizadas, são ferramentas sociais saudáveis. Para tanto, seu desenvolvimento, utilização e evolução devem ter como foco a convergência entre o desenvolvimento humano e o tecnológico (BAGGIO, 2010).

Logo, entende-se que as tecnologias são uma ferramenta para auxiliar e facilitar a relação entre os seres humanos, porém sem substituir a relação pessoa-pessoa. Dessa forma, são pertinentes a criação e o desenvolvimento, nos ambientes em saúde, de redes que permitam a interação entre pessoas, tecnologias e ambiente na promoção do cuidado do outro (BAGGIO, 2010).

De TIs voltadas para uma nova inter-relação espacial entre os seres de cuidado (que cuidam e são cuidados), e nova forma de organização/ implementação do cuidado pelos profissionais. É possível, com as TIs, tanto integrar diversos profissionais ao mesmo ambiente físico, compartilhando informações comuns ao cuidado do paciente (BAGGIO, 2010).

O PEC pode ser definido como estrutura eletrônica que mantém as informações de saúde e assistência prestada ao indivíduo em todo ciclo vital. Com ele é possível ampliar a integração e gestão do cuidado pelos profissionais, bem como realizar planejamento e programação das ações, controle de agendas, procedimentos, estoque de materiais, equipamentos, monitoração, avaliação de processos e resultados, entre outros. Não se limita em apenas em realizar o

registro no prontuário eletrônico, ele amplia o conjunto de ferramentas e funcionalidades para atender todas as diretrizes de um sistema de informação (BRASIL, 2018).

Segundo Oliveira (2019) os profissionais destacam a possibilidade de armazenamento das informações em base de dados eletrônica para se evitar o uso inadequado do papel como uma vantagem do PEC, e como uma maneira de melhorar a segurança dos dados, já que evita perda e extravio do prontuário do paciente. Como potencialidade do PEC a possibilidade de integração a outros sistemas de informação do Ministério da Saúde. Um dos objetivos da implementação do mesmo é a integração das informações e sistemas em uma única plataforma.

Nesse sentido, o PEC sendo parte de um sistema informatizado em saúde, contribui para o cuidado de enfermagem na dimensão administrativa, uma vez que minimiza a perda ou extravio do prontuário do usuário, facilita o entendimento do registro dos profissionais e otimiza o tempo no atendimento, permitindo ao enfermeiro o acesso a informações de saúde do usuário (GOMES et al, 2019).

Outra contribuição do PEC para o cuidado de enfermagem envolve sua funcionalidade como ferramenta de supervisão. Sua supervisão pode ser descrita como um processo contínuo de motivação e crescimento profissional, pressupondo que o supervisor observe e conheça o processo de trabalho de sua equipe (LIMA AMV et al, 2014).

O PEC fornece relatórios sobre as atividades desempenhadas pelos profissionais, subsidiando o processo de supervisão e organização do trabalho do enfermeiro supervisor da equipe de enfermagem e da unidade de saúde. Dessa forma, pode-se constatar que o PEC trouxe contribuições para a promoção do cuidado de enfermagem (LIMA AMV et al, 2014).

Apesar de ser unanimidade o reconhecimento do PEC pelos profissionais, e o alto investimento dado pelos municípios para sua implementação, o uso do sistema ainda apresenta falhas que podem ser aprimoradas, como conectividade e capacitação (OLIVEIRA, 2019). Martins et al. (2017) afirmaram que para o uso adequado do PEC como ferramenta para a prática profissional na AB, é necessário que os profissionais recebam, não somente um primeiro treinamento, mas capacitação contínua e atualização, para que o aproveitamento das potencialidades do sistema possa se tornar uma realidade para as equipes de saúde.

Essa evolução do sistema é bastante relevante, visto que representa um avanço significativo nos processos de trabalho, o qual possibilita integralidade do atendimento, pois acredita-se que articula a comunicação entre os profissionais da atenção primária com os profissionais dos outros níveis de atenção. Portanto, através da equipe interligada pelo PEC é possível proporcionar, de forma multidisciplinar, um cuidado integral de melhor qualidade (SOUZA et al, 2020).

Leatt et al. (2000) propõem dez critérios para se assegurar que realmente exista um sistema integrado de serviços ao usuário: não precisar repetir sua história em cada atendimento; não precisar se submeter a repetições inúteis de exames; não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos; não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior); dispor de 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária; receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas; ter acesso fácil (por exemplo, telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais; dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção; ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos; receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

A incorporação tecnológica dos sistemas de informação na saúde torna a produção de informações mais próxima do profissional que registra os dados, tende a refletir de forma mais verdadeira a realidade vivenciada pela ponta. Em outras palavras, com o processo de informatização, há uma aproximação da racionalidade do registro de dados aos usos da informação. As experiências acumuladas dos processos de informatização podem embasar as melhorias das práticas dos profissionais de saúde, além dos ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis pela ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços em saúde (GAVA M, et al, 2016).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do presente estudo acerca do prontuário eletrônico como ferramenta tecnológica de informação em saúde, tornou-se possível analisar a importância da necessidade do PEC na assistência prestada ao indivíduo.

Dessa forma, compreende-se que o PEC facilita na integração e gestão de cuidados, planejamentos e programações das ações prestadas a comunidade, possibilitando a ampliação das tecnologias e ferramentas necessárias para atender a base de dados que comporta o sistema de informação eletrônico dos usuários da saúde. Além da organização do fluxo e contra fluxo no atendimento ao cidadão, facilita o planejamento e execução de tarefas, de acordo com a necessidade de cada usuário do sistema.

Nesse sentido, o prontuário eletrônico facilita a comunicação entre a equipe multiprofissional, no qual, o atendimento prestado tenha continuidade, contendo informações claras, formais e regulamentadas, além dos serviços complementares. Sendo assim, não

necessita de um espaço de armazenamento e arquivamento de prontuários de papel. Com o uso da tecnologia eletrônica, diminui a perda de informações e demanda específica de colaboradores para prestar esse serviço, que antes eram feitos em prontuários de papel. As informações coletadas são diretamente inseridas na base de dados e abas específicas contendo informações do usuário o que facilita a comunicação entre paciente e profissional.

Frente a realização do presente trabalho, compreendendo sobre as informações do PEC e sua importância, sugere-se a implementação de estudo no meio acadêmico ao discentes, como forma de melhoria no aprendizado e aprofundamento de conhecimentos sobre a inserção de tecnologias digital de informação em saúde. O presente contexto exige mudanças na gestão do cuidado trazendo aos discentes uma forma prática e sucinta na busca de coleta de dados como fonte de pesquisa no estudo empírico para os trabalhos acadêmico científicos.

REFERÊNCIAS

BARRA, Daniela Couto Carvalho et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 3, 2006.

FORNAZIN, Marcelo; JOIA, Luiz Antonio. Articulando perspectivas teóricas para analisar a informática em saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 46-60, 2015.

NETO, Giliate Cardoso Coelho; CHIORO, Arthur. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. *Cadernos De Saúde Pública*, 37(7), 2021.

BRASIL: Ministério da Saúde. . Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: Brasília (DF), [s. l.], 2012.

FARAH, BF; DUTRA, HS; SANHUDO, NF. . Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. *Rev cuid.*, [s. l.], Dez 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). COFEN. Resolução 429 de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Conselho Federal de Enfermagem , Brasília, 8 jun. 2012.

DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (Brasil). Manual do Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Ministério da Saúde, Brasília, 2015.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], p. p.221 - 224, 2007.

BRASIL. E-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEC_3_1.pdf

OLIVEIRA, Priscila Sanches Aquino de. *Prontuário Eletrônico Do Cidadão E Gerência Do Cuidado De Enfermagem Na Atenção Básica: Um Estudo De Caso*. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/10255>

MARTINS, A. P. O. Q. et al. Usabilidade do prontuário eletrônico em unidades básicas de saúde. *Ciência Cuidado e Saúde*, v. 16, n. 2, abr./jun. 2017. ISSN 1984-7513. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29748/0?redirectUrl=https%3A%2F%2Fperiodicos.uem.br%2Fojs%2Findex.php%2FCiencCuidSaude%2Farticle%2Fview%2F29748%2F0>

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; SASSO, G. T. M. D.. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 378–385, abr. 2010.

LIMA, A. A., JESUS, D. S. D., & SILVA, T. L.. (2018). Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 28(3), e280320. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>

