

OS DESAFIOS DA GESTÃO, ATENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA APS

Organizadores:

Diego Figueiredo Nóbrega

Josineide Francisco Sampaio

Ricardo Fontes Macedo

Maria das Graças Monte Mello Taveira



OS DESAFIOS DA GESTÃO, ATENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA APS

Organizadores:

Diego Figueiredo Nóbrega

Josineide Francisco Sampaio

Ricardo Fontes Macedo

Maria das Graças Monte Mello Taveira





2025 - Ampla Editora

Copyright da Edição © Ampla Editora

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Tavares

Revisão: Os autores

Os desafios da gestão, atenção e educação para o fortalecimento da APS está licenciado sob CC BY-NC 4.0.



Essa licença permite que outros remixem, adaptem e desenvolvam seu trabalho para fins não comerciais e, embora os novos trabalhos devam ser creditados e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não precisam licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos. O conteúdo da obra e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam a posição oficial da Ampla Editora. O download e o compartilhamento da obra são permitidos, desde que os autores sejam reconhecidos. Todos os direitos desta edição foram cedidos à Ampla Editora.

ISBN: 978-65-5381-293-2

DOI: 10.51859/ampla.dga932.1125-0

Ampla Editora

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2025



CONSELHO EDITORIAL

Adilson Tadeu Basquerote – Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

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

Caroline Barbosa Vieira – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Christiano Henrique Rezende – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

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

Fábio Ronaldo da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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

Glécia Morgana da Silva Marinho – Pontifícia Universidad Católica Argentina Santa María de Buenos Aires (UCA)

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Hugo José Coelho Corrêa de Azevedo – Fundação Oswaldo Cruz

Igor Lima Soares – Universidade Federal do Ceará
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 – Universidade Regional do Cariri

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

Lara Luiza Oliveira Amaral – Universidade Estadual de Campinas

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 Miguel Silva Vieira – Universidade da Madeira

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 Henrique Torres de Medeiros – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

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

Miguel Ysrrael Ramírez-Sánchez – Universidade Autónoma do Estado do México

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

Ramôn da Silva Santos – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Regina Márcia Soares Cavalcante – Universidade Federal do Piauí

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 Carlotto 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 Contarato – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tiago Silveira Machado – Universidade de Pernambuco

Valvenarg Pereira da Silva – Universidade do Estado de Mato Grosso

Vinícius Queiroz Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

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



2025 - Ampla Editora

Copyright da Edição © Ampla Editora

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Tavares

Revisão: Os autores

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

D441

Os desafios da gestão, atenção e educação para o fortalecimento da APS / Organização de Diego Figueiredo Nóbrega, Josineide Francisco Sampaio, Maria das Graças Monte Mello Taveira; Prefácio de Cristina Guilam; Apresentação de Carla Pacheco Teixeira, et al. – Campina Grande/PB: Ampla, 2025.

Outro organizador: Ricardo Fontes Macedo

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-293-2

DOI 10.51859/ampla.dga932.1125-0

1. Atenção primária à saúde. I. Nóbrega, Diego Figueiredo (Organizador). II. Sampaio, Josineide Francisco (Organizadora). III. Taveira, Maria das Graças Monte Mello (Organizadora). IV. Guilam, Cristina (Prefácio). V. Teixeira, Carla Pacheco (Apresentação). VI. Título.

CDD 362.1042

Índice para catálogo sistemático

I. Atenção primária à saúde

Ampla Editora

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br





AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os autores que contribuíram para a construção desta obra, permitindo o compartilhamento de experiências, reflexões e conhecimentos produzidos no âmbito da Atenção Primária à Saúde e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Nossa gratidão também a todos os professores, pós-graduandos, discentes de graduação, profissionais de saúde e gestores que participaram do II Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde e contribuíram para o sucesso do evento. Em especial, aos membros da comissão organizadora, que não mediram esforços para tal. Nesta segunda edição, tivemos 2.227 inscritos, nas modalidades presencial e online, oriundos das cinco regiões e representando todas as 27 Unidades Federativas do país. Durante o evento, foram apresentados 254 trabalhos nas diferentes modalidades.

Finalmente, o nosso reconhecimento àqueles que apoiaram financeiramente a realização do evento e a publicação deste livro: à CAPES, por meio do edital PAEP nº37/2023; ao CNPq, por meio do edital ARC nº12/2023; à FAPEAL, por meio do edital AORC nº08/2024; à Universidade Federal de Alagoas, na figura do Magnífico Reitor, Josealdo Tonholo, pelos recursos alocados na locação dos auditórios do Hotel Ritz Lagoa da Anta; à FIOCRUZ e à rede PROFSAÚDE, na figura das Professoras Maria Cristina Rodrigues Guilam e Carla Pacheco Teixeira, por fomentar a vinda de docentes e discentes da rede, por meio de passagens e diárias; e à Faculdade de Medicina da UFAL, na figura de sua diretora, Profa. Ângela Canuto, pelos recursos empregados na filmagem e transmissão do evento.

Diego Figueiredo Nóbrega
*Coordenador Científico do
II Simpósio Brasileiro de APS*

Josineide Francisco Sampaio
*Coordenadora do
II Simpósio Brasileiro de APS*




PREFÁCIO

Com grande alegria, recebemos o convite para escrever o prefácio da obra *Os desafios da gestão, atenção e educação em saúde para o fortalecimento da APS*. Composto por 24 capítulos, o livro é, em grande parte, fruto de pesquisas associadas ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), curso em rede nacional, oferecido por 45 instituições de educação superior lideradas pela Abrasco e Fiocruz.

Gostaríamos de desenvolver este prefácio contando a história da parceria Fiocruz/UFAL e destacando dois aspectos caros à área de Saúde Coletiva no que diz respeito às diretrizes e prioridades no âmbito da formação em Pós-graduação *stricto sensu*: a necessidade de redução das desigualdades regionais e o papel do mestrado profissional na aproximação serviço – academia.

As desigualdades regionais em nosso país são evidentes e se concretizam em diversos indicadores, inclusive no número de ofertas educacionais. Como estratégias para reduzir tais desigualdades, a área de Saúde Coletiva incentiva instituições mais maduras a oferecer cursos de Doutorado Interinstitucional (Dinter) em regiões com menor densidade de oportunidades formativas. Neste sentido, entre 2009 e 2013, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz – ofereceu o Doutorado em Saúde Pública a quatro IES da região nordeste, formando 20 doutores nas seguintes universidades: UFPB, UFAL, UFCG, UNCISAL. O curso trouxe a oportunidade do estabelecimento de diálogo entre pesquisadores das diversas instituições e de fortalecimento de redes de pesquisa.

Alguns anos mais tarde, o grupo de doutores formados na UFAL vem a integrar o PROFSAÚDE, criando-se o polo deste mestrado profissional em Alagoas. Desde então, foram formados 26 profissionais de saúde em diferentes municípios do Estado. Em termos nacionais, esse total chega a 690 mestres, formados em todas as regiões do país. Trata-se, portanto, de uma história bem sucedida de trabalho coletivo e interinstitucional e do cumprimento de uma diretriz fundamental para nosso país, ou seja, a luta pela redução de desigualdades regionais.



O segundo aspecto que queremos destacar diz respeito ao papel do mestrado profissional na área de Saúde Coletiva. Após a formalização da modalidade pela CAPES, em 1998, a área de Saúde Coletiva rapidamente abraçou a ideia e investiu na criação de cursos profissionais, compreendendo seu papel fundamental na formação de quadros para o SUS e sua capacidade de aproximação da academia ao mundo do trabalho.

A obra que aqui se apresenta é um exemplo da diversidade de temas abordados nos Trabalhos Acadêmicos de Conclusão de Curso (TACC) do PROFSAÚDE. Apoiados pelos docentes e orientadores, os discentes estabelecem um problema relevante em seu território de atuação e, ao longo das disciplinas, são estimulados a criarem soluções e tecnologias para a resolução de tal problema. O curso tem um forte compromisso com o desenvolvimento de habilidades por parte do profissional de saúde, como o pensamento crítico, a inclusão de grupos vulneráveis na atenção à saúde, a humanização do atendimento, o trabalho multiprofissional, entre outras.

Finalmente, é preciso destacar a força do conhecimento produzido pelos profissionais ao refletirem sobre seu campo de práticas e organizarem suas experiências cotidianas em artigos e produções técnicas. Nenhum conhecimento pode ser mais verdadeiro e transformador do que aquele que tem origem na realidade e na vivência dos sujeitos.

Rio de Janeiro, 20 de maio de 2025.

Cristina Guilam
*Coordenadora Geral de
Pós-graduação da Fiocruz*



APRESENTAÇÃO


Sabe-se que a partir do processo de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a APS fortaleceu-se com ampliação de cobertura no país, capilarizando e interiorizando a oferta de cuidados, alcançando lugares remotos, se mostrando fundamental e necessária para superar as iniquidades em saúde, especialmente em um país plural e de dimensões continentais como o Brasil.

No entanto, ainda que a APS tenha avançado, o país ainda enfrenta barreiras e desafios de diversas naturezas para que se faça cumprir os princípios e diretrizes do SUS, dentre eles: fragmentação do cuidado, desigualdades regionais, lacunas da formação profissional, encastelamento da gestão, barreiras de acesso, precarização da infraestrutura, escassez e alta rotatividade profissional, subfinanciamento, falta de integração com outros serviços, dentre outros.

Para superar essas barreiras, os caminhos possíveis apontam para diálogos e colaborações entre os diversos atores envolvidos: usuários, trabalhadores, gestores e instituições de ensino e pesquisa, de forma que caminhem todos na mesma direção, pelo mesmo propósito, o de enfrentamento das iniquidades em saúde e fortalecimento da APS, como ordenadora do cuidado, com foco na equidade e nos direitos humanos.

A gênese desta obra é um dos desdobramentos do “II Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil”, organizado pela Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

O evento por si só demonstrou a potência da rede PROFSAÚDE, ao contar com a presença de autoridades, gestores, corpo docente, discentes e egressos do programa, explorando como o PROFSAÚDE tem buscado fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, contribuindo para dar respostas aos problemas identificados na realidade dos serviços que impactam a qualidade de vida e saúde dos territórios, dos indivíduos, famílias e comunidades.




O simpósio reafirmou a relevância da modalidade de mestrado profissional, pois evidenciou que as contribuições não são apenas teóricas, mas acima de tudo práticas, funcionais e aplicáveis, impulsionando a construção de um perfil profissional ativo, que dialoga com a realidade, comprometido com as demandas coletivas, consciente de suas responsabilidades profissionais e sociais, e que gera transformações em seus espaços de trabalho.

O êxito do simpósio e a constatação da relevância dos temas e trabalhos apresentados para superar os desafios da atenção, gestão e educação, especialmente àqueles relacionados às populações vulnerabilizadas, fomentou a idealização desta obra, como forma de dar mais visibilidade aos produtos desenvolvidos na rede e de fomentar diálogos a respeito dos mais complexos temas que serão aqui apresentados, e que contribuem para o fortalecimento e resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto ordenadora do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta obra apresenta um compilado de saberes e experiências profissionais que englobam um olhar sensível e apurado à saúde em seu conceito ampliado, com reflexões críticas que impulsionam ações concretas para superar os desafios e transformar o SUS. Constitui-se de 24 capítulos que exploram temáticas transversais aos eixos de atenção, educação e gestão.

O primeiro capítulo aborda os desafios da APS como ordenadora do cuidado integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, evidenciando as múltiplas barreiras para que pessoas reclusas tenham assegurados seus direitos em saúde nestes cenários, ainda que existam políticas próprias para este fim. Além do estigma próprio da reclusão e do fato da maioria dessas pessoas serem negras e já sofrerem racismo, as pessoas privadas de liberdade estão sujeitas a violações de direitos e exclusão social que culminam com a invisibilidade aos serviços de saúde e produção do cuidado.

Corroborando com isso, há uma escassez de produções científicas sobre a realidade das delegacias e dos complexos penitenciários e evidências de como intervir nestes cenários, haja visto que existe uma dificuldade grande por parte dos profissionais para acessarem esses espaços e permanecerem neles, seja por questões/objeções pessoais ou por barreiras de segurança, que dificultam a continuidade do cuidado.




O segundo capítulo traz um relato sobre o processo de integração ensino-serviço-comunidade, evidenciando os métodos utilizados, fundamentação e concepções teórico-metodológicas que ancoram essa experiência para trabalhar com os alunos situações-problemas identificadas por eles na realidade em que estão inseridos e proporcionar uma aprendizagem significativa e uma construção coletiva do saber, envolvendo a equipe do serviço, preceptores e a comunidade no desenvolvimento de possíveis soluções e respostas para os problemas do campo de prática, reconhecendo a importância do território vivo. Este capítulo ainda revela alguns nós críticos, como lacunas na formação e fragilidades pedagógicas e avaliativas dos preceptores.

O terceiro capítulo evidencia os desafios para o desenvolvimento da produção técnica nos programas de mestrado profissional na área da saúde e os avanços do PROFSAÚDE/UFAL. A produção técnica e tecnológica inerente à modalidade de mestrado profissional se traduz em uma devolutiva/contribuição para um problema identificado no campo de prática e pode ser em formato de produto, serviço ou processo. Os desafios desse processo envolvem desde o desenvolvimento de produtos que gerem impactos até a implementação, que demanda receptividade por conta dos profissionais de saúde, gestores, decisores políticos e usuários.

O PROFSAÚDE tem se empenhado continuamente para impulsionar a produção técnica e tecnológica dos discentes, tanto em relação ao processo de desenvolvimento, viabilizando disciplinas e recursos pedagógicos como aporte teórico, quanto em relação à divulgação e visibilidade dos produtos, a partir das publicações organizadas pela coordenação nacional.

O quarto capítulo apresenta a perspectiva da integralidade do cuidado na APS. A integralidade é um dos princípios do SUS, que envolve a articulação de ações e serviços como base para o cuidado integral a indivíduos, famílias e comunidades. Dito isso, se faz necessário fortalecer a APS enquanto ordenadora dos serviços de saúde no SUS, em virtude de seu potencial de resolutividade. O grande nó crítico é a organização dos serviços de saúde e a falta de gestores qualificados.

O quinto capítulo traz a experiência de elaboração e validação de um *e-book* sobre os sinais clínicos de violência doméstica em crianças. A APS é o nível de atenção com maior potencialidade em contribuir com o rompimento do ciclo de




violência, através da identificação, acolhimento e notificação desses eventos. O atendimento odontológico é um momento favorável para detectar esses casos, em virtude da região da cabeça e pescoço apresentar muitas evidências dos sinais de violência e maus tratos em crianças. No entanto, se faz necessário que os profissionais estejam capacitados para identificar os sinais e saber como notificar e conduzir a situação.

O sexto capítulo avalia a implantação da Política Nacional de Humanização em um município de Alagoas. A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) foi criada em 2003 com o objetivo de provocar mudanças transversais a todos os níveis de atenção do SUS, com efeitos sobre políticas e programas, priorizando a aproximação e comunicação efetiva entre gestores, trabalhadores e trabalhadoras do SUS e usuários, um esforço coletivo em prol de mudanças para os processos de trabalho que envolvem o cuidado e a gestão no SUS. Especialmente na APS, onde se tem a integralidade e a continuidade do cuidado como preceitos deste nível de atenção, além do vínculo com o território, indivíduos, famílias e comunidades, a implementação desta política se torna essencial para subsidiar a produção do cuidado de forma compartilhada.

O sétimo capítulo aborda a saúde indígena do povo Pitaguary, evidenciando a importância da interculturalidade para o cuidado em saúde mental, com um olhar que transcenda a medicalização. No entanto, há uma dificuldade muito grande dos profissionais em conhecer, reconhecer e interagir com a cultura dos povos indígenas, que incluem práticas tradicionais, como rituais de cura, uso de plantas medicinais, artesanato, pintura corporal e que contribuem com a saúde mental através da espiritualidade e de diversas outras dimensões que envolvem o sofrimento psíquico.

O oitavo capítulo trata de uma experiência de avaliação da APS em um município de Minas Gerais (MG) a partir do PCATool Brasil. A ESF é a referência da estrutura organizadora da APS e o processo de avaliação, objetiva mensurar diversas dimensões que impactam na qualidade desses serviços e nesse processo, discutir as potencialidades, desafios e propostas para romper com as barreiras de acesso e superar obstáculos à produção do cuidado.

O nono capítulo aborda a formação profissional para atenção à travestis e transexuais, em virtude dessas pessoas enfrentarem diversos desafios na APS,




devido às suas identidades, como barreiras de acesso ao cuidado e invisibilidade aos serviços de saúde, além do estigma e da falta de sensibilidade e conhecimento dos profissionais sobre as especificidades e necessidades de saúde dessa população, falta de acolhimento e falta de acompanhamento profissional no processo de harmonização no âmbito da APS.

O décimo capítulo se estrutura a partir da educação permanente como estratégia para fortalecer a APS na assistência integral à pessoa idosa, que em virtude da inversão da pirâmide etária está se tornando cada vez mais expressiva na sociedade. Por este motivo, emerge a necessidade de dialogar sobre as diversas dimensões que envolvem a saúde da pessoa idosa e investir na promoção ao envelhecimento ativo e saudável. Neste sentido, a EPS contribui com novos aprendizados, a partir da problematização da prática, e impacta os processos de trabalho e o cuidado em saúde, favorecendo a resolutividade da APS e reduzindo o direcionamento para outros níveis de atenção.

O décimo primeiro capítulo traz uma experiência que envolve a dançaterapia como método terapêutico em uma UBS. A dançaterapia é um método terapêutico muito utilizado e consolidado historicamente na Argentina e que foi incluído no rol das práticas integrativas e complementares a partir de 2017. Este método possui potencial de impactar a melhora do bem-estar físico e mental através da atividade física. Neste sentido, os movimentos estimulam especialmente as dimensões neuromotoras e sensoriais, contribuindo com o desenvolvimento integral da saúde dos indivíduos.

O décimo segundo capítulo aborda a questão da saúde indígena sob a perspectiva das tecnologias leves de saúde das equipes multidisciplinares do DSEI-Médio Rio Purus (AM). As experiências de vida dos profissionais, seus comportamentos e sentimentos, refletem no processo de trabalho e no vínculo (ou ausência) entre os trabalhadores de saúde e usuários. Por este motivo, a valorização das línguas nativas dos povos indígenas, além dos saberes e práticas tradicionais, é essencial para a produção do cuidado a essa população.

O décimo terceiro capítulo evidencia a importância do preenchimento do quesito raça/cor e de um olhar sensível para as desigualdades étnico-raciais no campo da saúde. Ainda que neste capítulo seja abordado o preenchimento na perspectiva dos prontuários físicos, convém ressaltar sua relevância no momento




do cadastramento de usuários da APS, nos registros médicos e nos demais formulários que servem como base de dados para os sistemas de informação, e que possibilitam as equipes e os gestores mapearem e avaliarem o cenário de saúde a partir de um recorte racial, avaliando os reflexos no acesso e na qualidade dos serviços. Esses dados são primordiais para o planejamento de ações e formulação de políticas públicas compatíveis com as necessidades de saúde dessa população.

O décimo quarto capítulo se estrutura a partir de uma experiência da criação de um jornal impresso como tecnologia social para promoção da cidadania e da saúde no sistema prisional. O sistema carcerário brasileiro apresenta muitos desafios sociais e sanitários, e mesmo com a criação da PNAISP, não é assegurado na prática, às pessoas em reclusão, o direito à saúde e acesso ao SUS. Como parte do processo de produção de cuidado, muitas estratégias podem ser utilizadas para romper com barreiras que impedem a integralidade da atenção a essa população.

O décimo quinto capítulo traz a caracterização de mulheres privadas de liberdade e aborda os desafios do encarceramento feminino, considerando os aspectos da interseccionalidade e os atravessamentos da misoginia nesses espaços. Sabe-se que a maioria das mulheres que está no sistema prisional brasileiro é representada por jovens negras, mães, pobres, com baixo nível de escolaridade, sujeitas a condições degradantes inerentes às unidades prisionais, em que as vulnerabilidades são potencializadas. A reclusão por si só já implica preconceito e exclusão social, mas a questão do gênero se sobrepõe e amplifica.

O décimo sexto capítulo aborda a importância da teleorientação no pré-natal odontológico, considerando que a presença de doenças bucais na gestação eleva o risco de partos prematuros e baixo peso ao nascer. A teleorientação emerge como estratégia para organizar o acesso e assegurar a continuidade do cuidado de gestantes na APS. Trata-se da inserção de tecnologias como aliadas ao fortalecimento dos atributos da APS.

O décimo sétimo capítulo evidencia o desenvolvimento de um protocolo de telessaúde para o acompanhamento de usuários com doenças crônicas não transmissíveis na APS. As tecnologias de Telessaúde representam um grande avanço na assistência à saúde, transcendendo barreiras geográficas, facilitando o acesso, gestão do cuidado e monitoramento dos usuários, favorecendo o cuidado integral e longitudinal.




O décimo oitavo capítulo aborda os fanzines como aliados na educação em saúde para crianças e adolescentes com DM Tipo I, considerando a necessidade de se trabalhar com o lúdico para promover o aprendizado. O termo “fanzine” deriva da contração de duas palavras do vocabulário inglês, “*fanatic*” e “*magazine*”. Trazendo para o português a tradução literal, significa revista do fã. Neste sentido, como o próprio nome sugere, fanzines são conteúdos criados por fãs ou interessados em determinado tema, ou obra, com foco na expressão criativa e na comunicação com pessoas do mesmo interesse. Esta estratégia favorece o processo de interação, além de estimular a curiosidade e criatividade, em virtude do envolvimento aliado ao prazer/diversão.

O décimo nono capítulo se fundamenta na assistência à população idosa LGBTQIAPN+ na APS. Além dos problemas históricos de violação de direitos, preconceito e exclusão social que agravam a saúde mental e física dos idosos LGBTQIAPN+, a interseção de múltiplas formas de discriminação e a falta de um olhar sensível dos profissionais de saúde para as necessidades específicas dessa população dificulta o acesso a cuidados adequados. Neste sentido, emerge a necessidade de sensibilizar profissionais da APS sobre a importância de práticas de cuidado inclusivas, respeitadas e adequadas à realidade da população idosa LGBTQIAPN+.

O vigésimo capítulo trata do desenvolvimento de uma plataforma online para divulgar o programa Melhor em Casa. O programa melhor em casa, inserido no serviço de atenção domiciliar, recebe encaminhamento de diversos níveis de atenção. No entanto, muitas pessoas desconhecem ou possuem dúvidas em relação a ele. Cabe ressaltar que o cuidado integral e resolutivo perpassa pelo combate à desinformação sobre a organização dos serviços de saúde e seus objetivos, através da comunicação e divulgação aos usuários.

O vigésimo primeiro capítulo aborda o pré-natal odontológico em gestação de alto risco e a necessidade de qualificação dos profissionais da APS que acompanham o pré-natal na identificação dos fatores de risco e na sensibilização para a relevância do cuidado odontológico para estas usuárias. Neste sentido, a EPS é uma potente ferramenta.

O vigésimo segundo capítulo traz a EPS como ferramenta para qualificação profissional em saúde bucal do idoso dependente, considerando a inversão da pirâmide



etária e o aumento da incidência de problemas crônicos de saúde incapacitantes nos idosos. A dependência de cuidadores para realizar a higiene oral, por vezes, implica precariedade, com técnicas corretas de higiene oral e de próteses dentárias, em virtude do despreparo desses cuidadores para realizar este tipo de tarefa. Por este motivo, os profissionais de saúde devem olhar para a rede de cuidados do idoso e promover ações de educação em saúde e melhorar a qualidade de vida desses usuários.

O vigésimo terceiro capítulo aborda a experiência da elaboração de folder informativo como estratégia da disseminação da informação em uma USF. O folder, enquanto tecnologia educacional, é um importante aliado para o campo da saúde na comunicação com usuários e profissionais e na disseminação de informações de saúde. A comunicação e a disseminação de informações favorecem a prevenção de doenças, estimulam o autocuidado, melhoram a adesão aos tratamentos e combatem a desinformação.

O vigésimo quarto capítulo se estrutura a partir da atenção integral a pessoas com *diabetes mellitus* na APS, considerando os diversos desafios que atravessam esse processo, tais como diagnóstico e tratamento tardios, falta de integração entre os serviços, dificuldades na manutenção do seguimento do cuidado contínuo, dentre outros. Neste sentido, os processos participativos se configuram como importante estratégia para planejamento e incorporação de mudanças nos processos de trabalho, visando romper com as barreiras e promover o cuidado integral e longitudinal a usuários com doenças crônicas como *diabetes mellitus*.

Dialogar com as diferentes realidades que envolvem a APS/ESF, especialmente de populações vulnerabilizadas, é essencial para o enfrentamento às desigualdades históricas, sociais e estruturais crônicas que repercutem na saúde dessas pessoas, com inúmeros obstáculos ao acesso, integralidade e longitudinalidade do cuidado. Reconhecer as fortalezas e as fragilidades da APS é o primeiro passo para fortalecer esse nível de atenção, pois é a partir desse movimento que se pode construir coletivamente ações para romper com os obstáculos e potencializar os avanços.

Carla Pacheco Teixeira
Coordenadora Acadêmica
Nacional do PROFSAÚDE



ORGANIZADORES

Diego Figueiredo Nóbrega

Especialista em Saúde Coletiva e da Família. Mestre e Doutor em Odontologia (FOP/UNICAMP). Pós-doutor em Odontologia (UFPB). Professor da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).

Josineide Francisco Sampaio

Especialista em Ciências Sociais (UFAL). Mestre em Sociologia (UFAL). Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Professora Associada II da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL), onde coordena o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).

Maria das Graças Monte Mello Taveira

Especialista em Saúde Pública (Fiocruz). Mestre em Ensino na Saúde (UFAL). Doutora em Ciências da Saúde (UFAL). Professora da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL), onde coordena o Núcleo de Saúde Pública (NUSP) e é vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).

Ricardo Fontes Macedo

Mestre em Educação Física (UFS). Doutor em Ciência da Propriedade Intelectual (UFS). Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFAL, Coordenador do Grupo de Pesquisa IPSUS e vice-coordenador do Laboratório de Pesquisa do Desenvolvimento Cognitivo Humano (LADEC). Professor Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família.



AUTORES DOS CAPÍTULOS

Adriana Dias Silva

Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP). Doutora pelo Programa Interinstitucional em Enfermagem (UNIR/EEAN/UFRJ). Docente na Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Aline Armani Picetti

Cirurgiã-Dentista. Aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFCSPA.

Amanda Emanuelle Maria Santos Moreira

Cirurgiã-Dentista (UFAL). Egressa do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFAL, turma IV.

Amasília Romeiro dos Santos

Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia; Equipe Além das Grades, Uberlândia (MG).

Ana Cristina Reis

Mestre e Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz-RJ). Coordenadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde (EPSJV/Fiocruz-RJ).

Angélica Peixoto Teixeira

Médica (UFAL) e Mestranda em Ensino na Saúde (UFAL).

Antônia Vanderli Alves do Nascimento

Especialista em Saúde da Família (UFC). Mestranda do PROFSAÚDE, polo Fiocruz (CE).

Bárbara Dias Rezende Gontijo

Mestre e Doutora em Ciências da Saúde (UFU). Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (MG).

Bruna Calado Pena

Médica (UFMG) e Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFOP).

Bruno da Silva Ferraz

Odontólogo (UFF). Especialista em Saúde da Família (UNIRIO). Aluno do PROFSAÚDE, polo UFF.



Caren Serra Bavaresco

Mestre em Ciências Biológicas e Doutora em Bioquímica (UFRGS). Professora da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Cláudia Regina Santos Ribeiro

Mestre em Educação em Ciências e Saúde (UFRJ). Doutora em Saúde Coletiva (UERJ). Professora Colaboradora no PROFSAÚDE, polo UFF.

Cleson Oliveira de Moura

Especialista em Saúde da Família (UNIR). Mestre em Ensino em Ciências em Saúde (USP). Doutor em enfermagem (DINTER Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro/Universidade Federal de Rondônia). É professor do magistério superior da UNIR.

Daiana Evangelista Fernandes Rodrigues

Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UNIR). Doutora em Enfermagem (UFG), Docente no Departamento de Enfermagem da UNIR.

Daliana França de Sousa

Mestrado Profissional em Saúde (PROFSAÚDE) – Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Brasília (DF). Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas (TO). Secretária Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), Palmas (TO).

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Mestre e Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP) com período *sandwich* na Université de Montréal (UnM). Docente adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR, Pró-Reitor da Rede Nacional PROFSAÚDE de mestrados profissionais em Saúde da Família, Conselheiro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Diego Figueiredo Nóbrega

Especialista em Saúde Coletiva e da Família. Mestre e Doutor em Odontologia (FOP/UNICAMP). Pós-doutor em Odontologia (UFPB). Professor da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).

Diogo Nilo Miranda Borba

Médico (UNCISAL), especialista em Saúde Pública (IBPEX) e mestre em Ensino em Saúde (UFAL). Docente da FAMED/UFAL.

Divanise Suruagy Correia

Mestre em Saúde da Criança (UFAL) e em Ciências da Saúde (UFS); e Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).

Edsandra Rocha dos Santos

Odontóloga (UEA), especialista em Saúde Pública (FAVENI) e mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UEA).



Eduardo Sérgio Soares Sousa

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Centro de Ciências Médicas – *Campus I* – Pró-Reitoria de Pós-graduação – João Pessoa (PB).

Elaine Bordini Villar

Mestre em Ciências da Saúde (UFU/2007). Equipe Além das Grades, Uberlândia (MG).

Elen Rose Lodeiro Castanheira

Mestre e Doutora em Medicina Preventiva (USP). Atua como professora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP).

Elvira Barreto Simões

Mestre em Serviço Social (UFPE) e Doutora em Jornalismo (Universidade Autônoma de Barcelona). Atua como docente na Faculdade de Serviço Social da UFAL.

Ewerton Amorim dos Santos

Especialista em Tecnologia em Alimentos (Estácio); Mestre em Nutrição Humana (UFAL) e Doutor em Ciências da Saúde (UFS).

Fabiana Mânica Martins

Enfermeira, Mestre em Saúde Sociedade e Endemias da Amazônia (ILMD/Fiocruz). Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia (UFAM). Docente do PROFSAÚDE/Fiocruz (AM).

Gabriel Rodrigues Martins de Freitas

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Centro de Ciências Médicas – *Campus I* – Pró-Reitoria de Pós-graduação – João Pessoa (PB).

Gabriel Silvestre Minucci

Médico pela Universidade Federal de São João del Rei. Equipe Além das Grades, Uberlândia (MG).

Giovanna Cassia Amaro Zanelatto

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Giovanna Garcia Gardini

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, bolsista de Iniciação Científica.

Isabella Borges Resende Anastácio

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, bolsista de Iniciação Científica.

Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite

Mestre em Ensino em Ciências (UNIR). Doutora em Enfermagem (EEAN-UFRJ). Docente na Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade São Lucas em Porto Velho (RO).



Josineide Francisco Sampaio

Especialista em Ciências Sociais (UFAL). Mestre em Sociologia (UFAL). Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Professora Adjunta IV da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL), onde coordena o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).

Juliana Caroline Ferreira dos Santos

Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Juliana Pereira da Silva Faquim

Doutora em Saúde Pública (FSP-USP). Professora do *College of Dentistry, University of Saskatchewan*, Canadá.

Júlio Cesar Schweickardt

Graduado em Ciências Sociais, mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia, doutorado em História das Ciências e da Saúde. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD)/Fiocruz Amazônia. Coordenador do PROFSAÚDE/Fiocruz (AM).

Katia Fernanda Alves Moreira

Mestre em Enfermagem (UNIRIO). Doutora em Enfermagem em Saúde Pública (EERP/USP). É docente de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), onde coordena o Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Kelly Cristina Gomes Alves

Docente do Curso de Medicina na Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas (TO). Secretária Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), Palmas (TO).

Leandra Freitas dos Santos

Odontóloga no DSEI-Médio Rio Purús. Mestranda da IV turma do PROFSAÚDE/Fiocruz (AM).

Lihsieh Marrero

Especialista em Epidemiologia (Fundação Oswaldo Cruz/AM); Mestre em Ciências da Saúde (Fundação Oswaldo Cruz/RJ) e Doutora em Enfermagem (UFSC). Atua como docente do PROFSAÚDE-UFSC.

Luciana Silverio Alleluia Higino da Silva

Mestre em Ensino na Saúde (MPES-UFF). Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde (UFF). Membro da Coordenação de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (CAAPS)/Fiocruz (CE).

Maria das Graças Monte Mello Taveira

Especialista em Saúde Pública (Fiocruz). Mestre em Ensino na Saúde (UFAL). Doutora em Ciências da Saúde (UFAL). Professor da Faculdade de Medicina (FAMED/UFAL), onde coordena o Núcleo de Saúde Pública (NUSP) e é vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-AL).



Maria Sortênia Alves Guimarães Miele

Docente do Curso de Medicina na Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas (TO). Secretária Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), Palmas (TO).

Mariana Hasse

Mestre (FMRP-USP) e Doutora (EERP-USP) em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFU. Coordenadora do PROFSAÚDE-UFU.

Maurício Polidoro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS).

Michael Ferreira Machado

Mestre e Doutor em Psicologia (UFPE). Professor de Saúde Coletiva, no Curso de Medicina (UFAL), onde coordena o Núcleo de Estudos em Medicina Social e Preventiva. É docente permanente no PROFSAÚDE-UFAL/Fiocruz/ABRASCO e responsável nacional pela disciplina “Produção Técnica para o Aprimoramento da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde”.

Nádia Maria Guimarães Monteiro

Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES). Especialista em Saúde da Família e Saúde Coletiva. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/Fiocruz-RJ).

Niangai

Intérprete – Indígena do povo Suruwahá.

Paula Fleury Curado

Docente do Curso de Medicina na Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas (TO). Secretária Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), Palmas (TO).

Priscila Nunes de Vasconcelos

Mestre e Doutora em Nutrição em Saúde Pública (UFPE). Atua como docente da Faculdade de Medicina e do Mestrado Profissional PROFSAÚDE-UFAL.

Raquel Maria de Oliveira Almeida

Mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFJF).

Rejane Eleuterio Ferreira

Especialista em Saúde da Família (UNISUAM). Mestre e Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde (EAAAC/UFF). Professora Adjunta do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Ana Nery da UFRJ.

Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento

Mestre em Inovação Biofarmacêutica (UFMG). Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (UFMG). Professora no PROFSAÚDE – UFOP.



Ricardo Fontes Macedo

Mestre em Educação Física (UFS). Doutor em Ciência da Propriedade Intelectual (UFS). Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFAL, Coordenador do Grupo de Pesquisa IPSUS e vice-coordenador do Laboratório de Pesquisa do Desenvolvimento Cognitivo Humano (LADEC). Professor Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Rodrigo Aparecido Petinati

Diretor do Centro de Formação e Inclusão Social Inaê.

Romário Gomes Rodrigues

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Centro de Ciências Médicas – *Campus I* – Pró-Reitoria de Pós-graduação – João Pessoa (PB).

Rosenilda Corrêa Imperatori

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS).

Rosiane de Santana Castela

Fisioterapeuta (Faculdade Estácio-AL).

Rosiclei de Souza Lourenço

Odontóloga (UFAM); especialista em Saúde Pública (FASE/ES) e Mestre em Saúde da Família (UEA).

Rozane Pereira de Sousa

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Centro de Ciências Exatas e da Natureza – *Campus I* – João Pessoa (PB).

Sabrina Stefanello

Mestre e Doutora em Ciências Médicas (UNICAMP). Pós-doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Família da UFPR (Mestrado em Rede PROFSAÚDE).

Silvia Lanzotti Azevedo da Silva

Especialista em Gerontologia (FES-JF) e Gestão em Redes de Atenção à Saúde (EAD/ENSP/Fiocruz). Mestre e Doutora em Ciência da Reabilitação (UFMG). Pós-doutora em Saúde Coletiva (NESPE/Fiocruz-MG). Atua como professora no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF.

Simone Maria Vasconcelos Amorim

Odontóloga (UFPE), especialista em Saúde da Família (FCM-CG) e Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFAL). Atua como dentista na ESF da SMS Maceió (AL).

Tereza Jurgensen Jainy da Costa Rosa

Médica (Escuela Latinoamericana de Medicina – Cuba). Especialista em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR).



Vanira Matos Pessoa

Mestre em Saúde Pública (UFC). Doutora em Saúde Coletiva (UFC). Coordenadora de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz (CE). Docente permanente do PROFSAÚDE, polo Fiocruz (CE).

Verônica Pinheiro Viana

Especialista em Enfermagem Pediátrica (UFRJ); Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde (UFF) e Doutora em Enfermagem (UERJ).

Vinícius Azevedo Machado

Mestre em Educação (CEFET-MG) e Doutor em Saúde Coletiva (UERJ). Atua como professor da Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Waldemar Antônio das Neves Júnior

Mestre em Educação (UFAL) e Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (ENSP/Fiocruz). Atua como docente da Faculdade de Medicina da UFAL.

Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado

Médica (FACIMPA) e especialista em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Atualmente é mestranda do Mestrado Profissional PROFSAÚDE na UNESP-Botucatu.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDE: DESAFIOS NA FORMAÇÃO E EXPRESSÃO NA APS.....	28
CAPÍTULO II - INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E PRÁTICAS COLABORATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA.....	38
CAPÍTULO III - OS DESAFIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRODUÇÃO TÉCNICA NOS PROGRAMAS DE MESTRADO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE E OS AVANÇOS DO PROFSAÚDE/UFAL.....	48
CAPÍTULO IV - A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	58
CAPÍTULO V - SINAIS CLÍNICOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CRIANÇAS: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE <i>E-BOOK</i>.....	68
CAPÍTULO VI - AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DE ALAGOAS.....	78
CAPÍTULO VII - ENTRE O CONVENCIONAL E O TRADICIONAL: A INTERCULTURALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO POVO PITAGUARY.....	87
CAPÍTULO VIII - OFICINA DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE NOVA LIMA, MINAS GERAIS.....	98
CAPÍTULO IX - TRANSCENDENDO PRECONCEITOS: FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO A TRAVESTIS E TRANSEXUAIS EM DUQUE DE CAXIAS (RJ).....	108
CAPÍTULO X - EDUCAÇÃO PERMANENTE: FORTALECENDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL DA PESSOA IDOSA	118
CAPÍTULO XI - OFICINA DE DANÇATERAPIA E RELAXAMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PARANÁ.....	127
CAPÍTULO XII - TECNOLOGIAS DE SAÚDE NO TRABALHO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA NO DSEI-MÉDIO RIO PURUS (AM)	137
CAPÍTULO XIII - QUESITO RAÇA/COR DA POPULAÇÃO NEGRA DE UMA ONG LIGADA A UM TERREIRO DE UMBANDA NA APS	147
CAPÍTULO XIV - JORNAL DA JACY: TECNOLOGIA SOCIAL PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE E CIDADANIA NO SISTEMA PRISIONAL.....	157
CAPÍTULO XV - CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE E OS DESAFIOS DO ENCARCERAMENTO FEMININO.....	168

CAPÍTULO XVI - TELEORIENTAÇÃO NO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO EM VITÓRIA (ES): ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE INFOGRÁFICO DE BOAS PRÁTICAS	179
CAPÍTULO XVII - PROTOCOLO PARA ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	189
CAPÍTULO XVIII - FANZINES COMO ALIADOS NA EDUCAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM <i>DIABETES MELLITUS</i> TIPO 1.....	197
CAPÍTULO XIX - ELABORAÇÃO DE UM <i>E-BOOK</i> SOBRE ASSISTÊNCIA AO ENVELHECIMENTO LGBTQIAPN+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	208
CAPÍTULO XX - DESENVOLVIMENTO DE UMA PLATAFORMA ONLINE PARA O PROGRAMA MELHOR EM CASA EM BENTO GONÇALVES (RS)	215
CAPÍTULO XXI - CURSO SOBRE CUIDADO ODONTOLÓGICO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	221
CAPÍTULO XXII - A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL DO IDOSO DEPENDENTE..	231
CAPÍTULO XXIII - A EXPERIÊNCIA DA ELABORAÇÃO DE FOLDER INFORMATIVO COMO ESTRATÉGIA DA DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM UMA USF.....	240
CAPÍTULO XXIV - ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS COM <i>DIABETES MELLITUS</i> NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO.....	249

CAPÍTULO 1

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: DESAFIOS NA FORMAÇÃO E EXPRESSÃO NA APS

Sabrina Stefanello
Deivisson Vianna Dantas dos Santos

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-1

1. INTRODUÇÃO

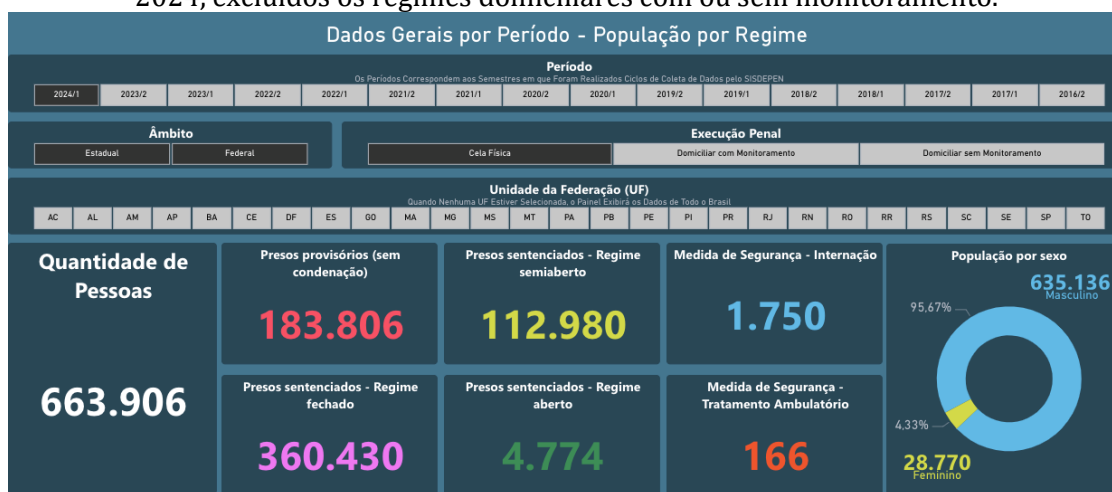
O Brasil, país com um longo histórico escravocrata e de exploração implacável de sua população, apenas recentemente, viu alguns dos direitos, a tanto negligenciados, serem reconhecidos. As populações privadas de liberdade, portanto, não são uma exceção, tendo conquistas ainda mais recentes, relacionadas ao direito do cuidado em saúde. Tanto no sistema prisional como para crianças e adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em regime de internação, o direito à saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei de Execução Penal de 1984, de modo que os indivíduos sob custódia do Estado tenham todos os seus direitos fundamentais preservados.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) o direito à saúde e o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser garantido a todos os indivíduos privados de liberdade, tanto os provisórios quanto os já condenados (Brasil, 2014). Deste modo, foi a primeira vez que se incluiu pessoas em privação temporária de liberdade, que passam longos períodos em delegacias. Em 2004 foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que previa a inclusão da população penitenciária no SUS, porém as delegacias não estavam contempladas. Este foi um avanço relevante quando se observam os dados envolvendo pessoas presas provisoriamente.

Conforme informações do Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN) fornecidos pela Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), no primeiro semestre de 2024 existiam 183.806 pessoas presas em cela física, provisoriamente, sem condenação, no âmbito estadual e federal (Figura 1). E conforme estudo de Lermen e colaboradores (2015), a duração de prisão provisória em delegacias variou de 172 a 974 dias. Mesmo se considerarmos uma possível redução deste tempo, impulsionada pela pandemia de COVID-19, ainda assim

temos um número expressivos de pessoas em reclusão provisória, como é o caso de delegacias. Ainda como pano de fundo deste cenário, tendo como recorte abril de 2024, somos um dos países com o maior número de pessoas detidas preventivamente ou sentenciadas, ficando em terceiro lugar mundialmente com 840.000, após Estados Unidos das Américas em primeiro com 1.8 milhão e em segundo China com 1.69 milhão. Somado a isso, somos o décimo quinto país em taxa de aprisionamento, 390 pessoas por 100mil habitantes (Fair; Walmsley, 2024). E conforme dados do SISDEPEN o déficit de vagas no sistema prisional chega a 173.915.

Figura 1 – Painel de dados gerais da Secretaria Nacional de Políticas Penais do Primeiro Semestre de 2024, excluídos os regimes domiciliares com ou sem monitoramento.



Fonte: Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN), 2024.

Este cenário, dialoga com a história violenta do nosso país, com uma herança de repressão constante da população mais vulnerabilizadas e também corrobora com outra tradição, que são as práticas assistenciais-repressivas às crianças e adolescentes em conflito com a lei. Tudo isso influencia até hoje a visão e os editoriais midiáticos destes adolescentes e da criminalização da pobreza (Bonatto; Fonseca, 2020). Somente com a Constituição Federal de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 que legalmente passou-se a ter um direcionamento quanto ao compromisso do Estado e da sociedade civil visando a reconstrução de projetos de vida, reeducação e inclusão social de adolescentes em conflito com a lei através do sistema socioeducativo. Sendo assim, quando um adolescente comete um ato infracional, ele pode ser responsabilizado lançando-se mão de uma medida socioeducativa, com o objetivo de reparar o dano social, responsabilizar e emancipar o adolescente. Esta medida pode variar desde uma advertência até uma internação (Brasil, 2006).

No caso de uma medida socioeducativa que incorre em privação de liberdade, ela requer justificativa para sua indicação e deveria significar uma privação temporária do direito de ir e vir, sem violar os demais direitos dos adolescentes e das crianças previstos no ECA. Os

levantamentos periódicos de informações e dados sobre o Sistema Socioeducativo permitem o seu monitoramento pela sociedade. Contudo, só recentemente, em 2023, foram retomadas as publicações, portanto a série vai de 2009 a 2017. O número de adolescentes em restrição e privação de liberdade, podendo ser internação provisória, internação sanção e medidas socioeducativas de semiliberdade e internação, no ano de 2023, de acordo com o Levantamento Nacional de dados do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) foi de 11.556 adolescentes. Ainda conforme dados do próprio levantamento, esse número de adolescentes representa apenas cerca de 0,04% do total de adolescentes no país (Brasil, 2023).

A quantidade de unidades de atendimento socioeducativo de restrição e privação de liberdade varia conforme o estado, assim como suas conformações e ofertas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) (Brasil, 2014) é a que preconiza um atendimento integral, tanto para adolescentes inseridos em medidas de meio aberto como em meio fechado, destacando um funcionamento colaborativo e conjunto entre equipes de saúde do SUS, partindo da atenção primária à saúde (APS), e equipes socioeducativas, privilegiando ações intersetoriais, descentralizadas e participativas.

É com esse panorama inicial do qual se pretende partir para a discussão dos desafios envolvendo a formação dos profissionais da saúde, em particular aqueles que atuarão na APS, de modo que a PNAISP e PNAISARI sejam implementadas, focadas tanto no público adulto como em crianças e adolescentes.

2. DESAFIOS DO CUIDADO A PARTIR DA APS

O primeiro aspecto a ser destacado é a necessidade em se olhar para os indivíduos em restrição de liberdade, seja no sistema prisional ou no sistema socioeducativo, como um grupo, que apesar de não ser homogêneo, tem uma grande parcela de pessoas vulnerabilizadas. Para isso é premente que os trabalhadores tenham compreensão do que aconteceu ao longo da história de nosso país, a partir de lentes críticas e daqueles que sempre tiveram pouco espaço para suas vozes. Sendo necessária uma desconfiança, se é que ela já não existe, diante do que tem sido o discurso preponderante. A nossa história, vista a partir da invasão em 1500, tem uma tortuosa construção de cidadania, sendo que com frequência os avanços eram seguidos de retrocessos políticos e sociais, tornando a cidadania plena sempre distante.

Mas vale a pena anotar outro traço que, se não é natural, pois tratamos aqui de construções sociais e não biológicas, é escandalosamente resistente e tem lugar cativo na história brasileira. Certa lógica e certa linguagem da violência trazem consigo uma determinação cultural profunda. Como se fosse um verdadeiro nó nacional, a violência está encravada na mais remota história do Brasil, país cuja vida social foi marcada pela escravidão. Fruto de nossa herança escravocrata, a trama dessa violência é comum a

toda a sociedade, se espalhou pelo território nacional e foi assim naturalizada. Se a escravidão ficou no passado, sua história continua a se escrever no presente. A experiência de violência e dor se repõe, resiste e se dispersa na trajetória do Brasil moderno, estilhaçada em milhares de modalidades de manifestação.

Último país a abolir a escravidão no Ocidente, o Brasil segue sendo campeão em desigualdade social e pratica um racismo silencioso, mas igualmente perverso. Apesar de não existirem formas de discriminação no corpo da lei, os pobres e, sobretudo, as populações negras são ainda os mais culpabilizados pela Justiça, os que morrem mais cedo, têm menos acesso à educação superior pública ou a cargos mais qualificados no mercado de trabalho. Marca forte e renitente, a herança da escravidão condiciona até nossa cultura, e a nação se define a partir de uma linguagem pautada em cores sociais. Nós nos classificamos em tons e meios-tons, e até hoje sabemos que quem enriquece, quase sempre embranquece, sendo o contrário também verdadeiro. (Schwarcz, Starling, 2018, p. 14)

Dáí surge a importância em se reconhecer neste contexto, ciente das relações de poder e do local que o próprio profissional de saúde ocupa, tanto no contexto macro como no micro. Compreendendo a branquitude, enquanto “sistema político e ideológico, um paradigma histórico que vulnerabiliza populações não-brancas” (Souza, 2024, p. 155). Com isso se perpetua exclusões, privilégios e uma aguda desigualdade social.

Complementando, cabe também a compreensão de como tem sido construída a Ciência Ocidental, predominantemente eurocentrada, branca, colonizadora e feita por homens. A serviço de quem ela está? Esta questão, acrescentada do que foi explicado, precisa servir de base para todos os profissionais da APS. Espera-se que surjam questionamentos e interpelações de si mesmo, e uma certa tolerância ao desconforto que isso pode gerar. Que essas reverberações possam ser processadas por cada trabalhador e se transforme em ações rumo à construção de cidadania. Que ao se depararem com condições insalubres, superlotação de celas, ausência de colchões para todos, ventilação deficiente, falta de banho de sol, 24h de iluminação artificial, condições de higiene precárias, ausência de privacidade, dificuldade de acesso a água potável, falta de cuidados em saúde e barreiras organizacionais para que aconteçam, oferta de atividades que não fazem sentido, caracterizando alienação ocupacional (Hammel, 2020), impossibilidade de professar sua religião livremente, predominância de práticas de punição em contraposição às de reinserção, ou seja, alguns exemplos para ilustrar o que não deveria acontecer e acontece, os profissionais da saúde sejam agentes de mudança, militantes na defesa dos direitos humanos e garantia da cidadania (Oliveira, Aguiar, Stefanello, 2024; Robert et al., 2023; Oliveira et al., 2020). Relembrando o que foi escrito anteriormente, as pessoas que estão no sistema prisional ou na socioeducação podem ter uma privação temporária do direito de ir e vir, sem que os demais direitos de cidadão sejam violados.

Outro desafio é conhecer as políticas públicas, PNAISP e PNAISARI, que orientam a atenção integral em saúde às pessoas privadas de liberdade e aos adolescentes em conflito com

a lei, respectivamente. Ambas servem como guias e tiveram grandes mudanças visando a garantia e defesa dos direitos humanos no Brasil. Este conhecimento é relevante para transpor o que está escrito para a prática do trabalho em saúde, inclusive auxiliando no contato com a gama de profissionais que atuam com esse grupo de pessoas. Essa aproximação com as políticas públicas não precisa e nem deveria ser somente através de uma leitura solitária, ela pode ganhar contornos práticos e reais a partir de alguma situação vivida no cuidado em saúde. Ela pode surgir em uma exploração do próprio território de abrangência ao deparar-se com uma delegacia, por exemplo. Ela pode aparecer em uma discussão de equipe quando se acompanha uma pessoa que tem um ente querido com restrição de liberdade.

Esse conhecimento das políticas públicas pode vir conectado à apropriação da realidade na qual essas populações se encontram. Infelizmente, não é tão raro, apesar de não aparecer em estudos, um profissional atuando na APS, não querer fazer o atendimento em uma unidade prisional, por exemplo. Essa recusa nem sempre é direta, ela pode vir com objeções associadas à necessidade de deslocamento ou a um possível risco. Com nosso histórico violento e punitivista, no qual algumas vidas valem mais que outras, isso não surpreende. O que a literatura nos mostra é que, além disso, mesmo quando a oferta do atendimento existe, o julgamento moral dos profissionais, incluindo os da saúde, e das próprias pessoas reclusas, influencia no acesso ao cuidado (Oliveira, Aguiar, Stefanello, 2024; Oliveira et al., 2020; Martins et al., 2014). Outro aspecto que surge quando se investiga a percepção dos profissionais envolvidos é que a garantia dos direitos, como alimentação adequada, possibilidade de estudar e o próprio acesso à saúde, pode ser interpretado como essas pessoas tendo “mais direito” que os demais (Martins et., 2014). Como se os adolescentes em conflito com a lei que estão internados ou os indivíduos que estão reclusos em uma penitenciária recebessem uma vantagem em relação aos demais sujeitos, inclusive aos próprios agentes penitenciários e profissionais de saúde que vivenciam um cenário de condições precárias de trabalho, baixos salários e dificuldade em ter direitos básicos para si e seus familiares.

Ainda como característica observada entre as pessoas em privação de liberdade e que interferem no atendimento em saúde (Oliveira, Aguiar, Stefanello, 2024; Oliveira et al., 2020) é que elas tendem a falar pouco nas consultas e existe um grande receio em ser visto como um traidor, deixando escapar informação que não deveria. Somado a isso, quando se tem atendimentos rápidos, sem garantia de longitudinalidade, fica muito difícil compreender as histórias de vida dos indivíduos e desenvolver vínculo. Rossetto e colaboradores (2022) indicaram que pouco tempo e dificuldade de diálogo ajudam a manter o distanciamento entre o profissional e a pessoa atendida.

Uma vez acessados os espaços em que as pessoas privadas da liberdade estão, existe um outro desafio que é permanecer neles. Atividades esporádicas ou pontuais costumam ser a regra em se tratando de equipes externas, inclusive equipes de saúde da família. Os profissionais da saúde que atuam dentro dos centros de socioeducação ou no próprio sistema prisional costumam ser mais constantes, porém sofrem com a deficiente articulação com os demais pontos da rede de saúde do SUS, tornando difícil ofertar atenção e cuidado integral. Isto é motivo de queixa dos profissionais, que se sentem também isolados e institucionalizados (Robert et al., 2022). Além disso, estes profissionais possuem outras demandas vinculadas ao próprio sistema judiciário, como a produção de relatórios. É esperado que quanto mais presente o profissional da APS estiver nestes espaços, mais se depare com as contradições nele presentes, ora com discursos e posturas ressocializadoras, ora com posturas repressoras e punitivistas.

Tanto no sistema prisional como na socioeducação existe uma grande preocupação com medidas e protocolos de segurança que se sobrepõem aos cuidados em saúde. Em um cenário de infraestrutura precária e falta de trabalhadores, isso pode se tornar mais intenso e dificultar o acesso e acompanhamento das pessoas pelas equipes de saúde. Quando os indivíduos são levados a atendimentos fora das instituições em que se encontram, essa preocupação com a segurança fica mais evidente ainda. O uso de algemas é fonte constante de constrangimento e costuma impedir a participação em atividades de grupo ou de socialização oferecidas pelos serviços de saúde. Nem as pessoas que gestam estão livres de tal prática, o uso de algemas durante o trabalho de parto e parto é proibido, contudo ainda existem relatos de sua prática. (Costa *et al.*, 2024; Federhen *et al.*, 2024; Dalenogare, 2020; Ribeiro, Ribeiro, Deslandes, 2019; Vilarins, 2014)

Com todos esses desafios do cuidado elencados, cabe retomar que os diferentes modos de opressão que encontramos em nossa sociedade são reproduzidos nessas instituições, com a interseccionalidade do sexismo, racismo e desigualdade de classe, contudo não restrito a essas. De acordo com Djamila Ribeiro, no livro *Interseccionalidades* da coleção *Feminismos Plurais* (2019, p. 11), o termo interseccionalidade “define um posicionamento do feminismo negro frente às opressões da nossa sociedade cisheteropatriarcal branca e de base europeia, desfazendo a ideia de um feminismo global e hegemônico como voz única”. No mesmo livro, Akotirene (2019) traz como um dos exemplos, para ilustrar o conceito, o do jovem em conflito com a lei.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) deve compreender que nem todo menor de idade é visto pela justiça como adolescente, já que as experiências geracionais são diferenciadas pelo racismo, transformando negros em menores e brancos em adolescentes durante as sentenças das medidas socioeducativas pelos juizados, quando raça e gênero se cruzam. Socialmente, a experiência de gênero racializada leva adolescentes a serem tratados como homens negros, com responsabilidades precoces de classe, que deram margens aos atos infracionais, às sentenças definidas e às discriminações que fluem em atenção às identidades interseccionais. (Akotirene, 2019, p. 39)

Estar atento à interseccionalidade como dimensão prática permite uma visualização das estruturas de opressão que atravessam as pessoas, porém sem o propósito de esgotar as possibilidades de compreensões. Que esta seja a porta de entrada em territórios do conhecimento cada vez mais decoloniais.

De modo geral, o que costuma ser oferecido às pessoas em privação de liberdade, no âmbito saúde, são medidas direcionadas para o diagnóstico e tratamento de doenças, pouco se faz em relação à prevenção e se investe menos ainda na promoção da saúde. A depender do local, as ofertas em saúde podem ser escassas, como no caso de algumas delegacias, e essa assistência pode atuar como elemento de troca e negociação para a manutenção da ordem, disciplina local e controle dos corpos (Oliveira et al., 2021, 2020; Sánchez, Leal, Larouzé, 2016). Mesmo momentos de crise entre os adolescentes internados nos centros de socioeducação, que são frequentes em ambientes de privação de liberdade, têm sua compreensão limitada à um diagnóstico psiquiátrico, focando exclusivamente nos sintomas do adolescente, deixando de lado o contexto, a ambiência, a organização local e elementos da própria privação de liberdade. Por outro lado, alguns trabalhadores sinalizaram a percepção de que as atividades desportivas deixavam os adolescentes mais tranquilos, contudo estas dependiam de infraestrutura, material e quantidade suficiente de recursos humanos para serem colocadas em prática (Robert et al., 2022).

Por mais que se tenha um arcabouço teórico e políticas públicas voltadas à intersectorialidade, a infraestrutura, a quantidade de pessoal, o modo de funcionamento, e o subfinanciamento histórico que atinge a saúde, o sistema prisional e a socioeducação, somado às instituições destes dois últimos sistemas, geralmente localizadas nas bordas das cidades, fazem com que os entrecruzamentos visando uma organização coletiva e ampliada do cuidado seja a exceção e não a regra. Alguns modos de organização do cuidado poderiam contar com visitas cruzadas para uma maior apropriação de cada realidade, reuniões conjuntas com as diferentes equipes e profissionais, ações de matriciamento, profissionais de referência e discussões intersectoriais. Assim, há um conceito fundamental para um apoio em rede a estas políticas que é a incompletude institucional, sob o risco de constituirmos instituições totais.

Neste sentido, o esforço de gestão não deve se concentrar em aumentar a capacidade de resolução dos problemas de uma única instituição, como é comumente pensado, e sim criar espaços de encontros entre os diversos serviços para que se envolvam na solução, com oferta territorial de cuidados e garantia dos direitos (Federhen *et al.*, 2024).

Neste ponto, a APS possui papel central. As ações próprias do paradigma de cuidado relacionado à APS valem-se do conhecimento territorial e contextualizado como premissa básica. Assim, apenas a APS, por estar mais próxima dos territórios de referências das pessoas, pode acessar e ofertar apoio considerando a família, realizar visitas domiciliares, ter uma compreensão cultural dos problemas vivenciados por uma comunidade específica. Além disso, os serviços territoriais e com populações adscritas bem definidas possibilita um seguimento continuado das pessoas, única estratégia, aliada ao tempo de acompanhamento, que possibilita a vinculação e todos os afetos terapêuticos oriundos desta ligação (Starfield, 2002).

Exatamente por isso, a atenção das populações privadas de liberdade deve ter na APS a sua centralidade. O cuidado distante desta contextualização e da longitudinalidade própria do acompanhamento territorial, deixa as equipes de saúde reféns de apenas sintomas e diagnósticos. A impossibilidade de conhecer as famílias, os contextos, a cultura, os cenários de vida das pessoas, não permite contextualizar o sofrimento, levando à simples medicalização, e por conseguinte a mais um silenciamento das narrativas destes cidadãos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde da APS irão se deparar com problemas socioculturais e demandas complexas, como por exemplo desigualdade social, racismo, machismo/misoginia, transfobia, sendo assim é urgente uma compreensão mais ampla de saúde, uma visão aguçada e crítica a modelos biomédicos e colonizadores, afastando-se de um referencial que culpabiliza a pessoa e cuja explicação recai quase exclusivamente ao biológico. Que as futuras pesquisas e intervenções nestas realidades sigam estes mesmos princípios, caminhando cada vez mais em direção ao envolvimento das pessoas que estão privadas de liberdade, não somente como os participantes destas pesquisas, mas também na sua concepção e direcionamento.

Considerando tudo o que foi dito, espera-se formar discentes e trabalhadores militantes com vistas à transformação social. Capazes de repensar os modelos de atenção vigentes nestes ambientes, transpondo para a prática de cuidado cotidiano as políticas existentes.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. 1. ed. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- BONATTO, V. P.; FONSECA, D. C. Socioeducação: entre a sanção e a proteção. **Educ. Rev.**, Belo Horizonte, v. 36, e228986, 2020.
- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Levantamento Nacional de dados do SINASE – 2023**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023.
- BRASIL. **Portaria nº1.082**, de 23 de maio de 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html
- BRASIL. **Portaria Interministerial nº1**, de 02 de janeiro de 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html
- BRASIL. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo**. Brasília: (SINASE). Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), 2006.
- COSTA, M. C. *et al.* Generalized Resistance Deficits in inmates with hypertension: missing resources that limit health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 2, p. e20230246, 2024.
- DALENOGARE, G. *et al.* Pertencimentos sociais e vulnerabilidades em experiências de parto e gestação na prisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 263–272, jan. 2022.
- FAIR, H.; WALMSLEY, R. World Prison Population List (14th edition). **Technical Report**. ICPR, London, UK, 2024. Disponível em: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_14th_edition.pdf. Acesso em: 14 nov. 2024.
- FEDERHEN, C. *et al.* Caminhos e intermediações entre serviços do Sistema de Saúde e da Socioeducação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, p. e03452023, jun. 2024.
- HAMMELL, K. W. Ações nos determinantes sociais de saúde: avançando na equidade ocupacional e nos direitos ocupacionais. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 1, p. 378-400, jan-mar., 2020.
- LERMEN, H. S.; GIL, B. L.; CUNICO, S. D.; JESUS, L. O. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015.
- MARTINS, É. L. C. *et al.* O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1222–1234, out. 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)**. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 14 nov. 2024.

OLIVEIRA, R. S.; AGUIAR, I. F.; STEFANELLO, S. Saúde da população privada de liberdade em delegacias: um relato de experiência. *In*: TEIXEIRA, Carla Pacheco; *et al.*, (orgs.). **Experiências no acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* A questão de gênero na percepção do processo saúde-doença de pessoas privadas de liberdade em delegacias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200199, 2021.

_____. Cômodo do inferno: acesso à Atenção Básica em duas delegacias de uma grande cidade brasileira. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190524, 2020.

RIBEIRO, D. Apresentação. *In*: AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. 1. ed. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

RIBEIRO, D. S.; RIBEIRO, F. M. L.; DESLANDES, S. F. Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3837–3846, out. 2019.

ROBERT, C. *et al.* Ambiência e saúde mental na privação de liberdade infanto-juvenil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33032, 2023.

_____. “A gente fica institucionalizado também!”: cotidiano, saúde mental e processos de trabalho na percepção das equipes de unidades socioeducativas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210290, 2022.

ROSSETTO, M. *et al.* Olhar profissional no atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00909197, 2022.

SÁNCHEZ, A.; LEAL, M. C.; LAROUZÉ, B. Realidade e desafios da saúde nas prisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 1996–1996, jul. 2016.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PENAIAS (SENAPPEN). **Estatísticas Penitenciárias**. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. **Brasil: uma biografia**. 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SOUZA, I. M. A branquitude na atenção primária e seus reflexos nas práticas de saúde. *In*: TEIXEIRA, Carla Pacheco; *et al.*, (orgs.). **Experiências no acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

VILARINS, N. P. G. Adolescents with mental disorders while serving time and being subjected to socio-educative measures. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 891–898, mar. 2014.

CAPÍTULO II

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E PRÁTICAS COLABORATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Katia Fernanda Alves Moreira
Cleson Oliveira de Moura
Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite
Adriana Dias Silva
Daiana Evangelista Fernandes Rodrigues

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-2

1. INTRODUÇÃO

Apesar das mudanças socioeconômicas, políticas e do arcabouço legal que rege o modelo de saúde brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS) – a formação em saúde ainda persiste marcada pelo mecanicismo, com foco na doença, ênfase na cura e, cada vez mais, uma abordagem clinicamente fragmentada. Tais aspectos demonstram que ainda está em desenvolvimento no Brasil uma mudança de paradigma da reorientação na formação em saúde para o SUS movendo-se para a integração ensino-serviço. Quer dizer, o ensino para uma atenção em saúde de qualidade e humanizada em âmbito individual e coletivo, formando profissionais comprometidos com os princípios da equidade e da integralidade do cuidado (Peixoto *et al.*, 2019).

Desde a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, um novo contexto foi delineado em que a saúde é um direito humano apoiado pelos princípios de equidade e participação comunitária (Rifkin, 218), marco importante em que se vislumbrou a necessidade de redirecionar a formação em saúde.

A indução do papel do SUS em mudanças na formação em saúde está assentada na Constituição Federal de 1988, no Artigo 200, e estabelecida na Lei Orgânica da Saúde nº8.080/1990 que destaca, ainda, a necessidade de criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, colocando os serviços de saúde como campo de prática para ensino, pesquisa e extensão (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

No Brasil, contribuiu para essa reordenação as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação de 2001, em que a Atenção Primária à Saúde (APS) é colocada como o nível mais capilarizado do SUS, sendo ressaltada a importância do preceptor como agente promotor e facilitador da aprendizagem do estudante (Giroto *et al.*, 2019) no âmbito do SUS, além da integração ensino-serviço, visando um processo de formação profissional pautado em situações reais do cotidiano (Mendes; Carnut; Guerra, 2022)..

Este caminho legal-normativo visa uma mudança no processo de formação em saúde com base generalista, humanista, crítica e reflexiva, cujo perfil profissional seja aderente aos princípios e às demandas do SUS, bem como às necessidades da população (Mendes; Carnut; Guerra, 2022).

Depreende-se a importância da integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva de articular um trabalho colaborativo entre academia e serviço no processo de ensinar e cuidar com vários saberes e práticas compartilhados para promover uma atenção integral (Moreira *et al.*, 2022) com vistas a consolidação do SUS.

Por meio de programas indutores dos Ministérios da Saúde e da Educação houve e há projetos/programas para promover a integração ensino-serviço-comunidade, como: Projeto Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Residência de Medicina de Família e Comunidade, e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), dentre outros.

Observa-se, assim, que a integração ensino-serviço-comunidade provoca o desenvolvimento do conhecimento através da prática e estimula o desenvolvimento da proatividade, habilidades, competências profissionais e sociais, além de uma postura ética e crítica (Silva, 2020), conforme as DCN dos cursos da área da saúde.

Portanto, refletir sobre a integração ensino-serviço se justifica por ser um campo em aberto para a produção científica, bem como para motivar e empoderar profissionais de saúde, docentes, universitários e pós-graduandos para assumirem o protagonismo junto às políticas de saúde (Ximenes Neto *et al.*, 2020), entendendo a importância da luta pelo SUS e pela reorientação da formação em saúde.

Dessa forma, o objetivo deste relato é compartilhar a experiência de uma atividade sobre a interface entre interprofissionalidade e integração ensino-serviço em cenário de APS, envolvendo o PET Saúde Interprofissionalidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMUSF) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

2. RECORTE DO CONTEXTO VIVENCIADO: MOBILIZANDO A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NOS PROCESSOS FORMATIVOS

Trata-se de um relato de experiência sistematizado que nasce em um espaço educativo para desenvolver aprendizagens significativas (Holliday, 2006). Para descrever as atividades realizadas são destacadas as cinco etapas da sistematização: 1) ponto de partida, 2) perguntas iniciais, 3) recuperação do processo vivido, 4) reflexão de fundo e 5) os pontos de chegada (Holliday, 2006).

O presente relato ocorreu de março a agosto de 2021, vivenciado por docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), envolvidos em dois programas estratégicos: PET Saúde Interprofissionalidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMUSF).

A experiência foi desenvolvida com momentos teóricos remotos, atividades assíncronas e práticas cotidianas na APS, durante a pandemia da COVID-19. Estes dois programas conjuntamente com o PROFSAÚDE articulam alianças entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho na perspectiva de alavancar as mudanças necessárias na formação em saúde e na transformação do modelo de atenção hegemônico na APS, vislumbrando atender às necessidades de saúde da população.

Participaram desta experiência, além de cinco docentes do PROFSAÚDE, discentes do Pet Interprofissionalidade dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia (cinco), residentes da Residência multiprofissional/REMUSF (10), preceptores da APS e da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA) (cinco) e a comunidade nas vivências cotidianas do PET Saúde Interprofissionalidade e REMUSF/UNIR na APS.

Ao se encontrarem, estudantes, docentes e profissionais preceptores de diferentes profissões no aprendizado conjunto, uns pelos outros são afetados, primeiramente pela descoberta do saber um do outro, pelas capacidades e competências específicas de cada um e depois pelas possibilidades que essa afecção pode causar na construção conjunta que são capazes de produzir (Viana; Hostins, 2022).

Como informa Deleuze (1998), é na educação e nos processos formativos de encontros tecidos nos territórios assistencial e acadêmico que se desenvolve um currículo fluido e dinâmico (Deleuze; Orlandi, 1991), o currículo na prática, que promove o engajamento ativo dos alunos e a equidade nos levando a pensar o cotidiano do saber-fazer saúde. São vozes, coletividades, sensações, agenciamentos, variadas composições (Deleuze; Parnet, 1998) que podem transformar o cotidiano das práticas assistenciais e de formação em saúde.

As reflexões acerca das experiências foram fundamentadas em Freire (2019) e na Educação Interprofissional e Prática Colaborativa proposto pela OMS (WHO, 2010), em que a relação docente, discente, profissional de saúde preceptor e comunidade é transversal e dialógica (Freire, 2019).

Por ser um relato de experiência, não foi necessário o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNIR), de acordo com a Resolução nº510, de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O sigilo das informações individuais e o anonimato dos participantes da vivência foram garantidos ao longo da descrição do relato.

3. A POTENCIALIDADE DAS METODOLOGIAS ATIVAS NOS PROCESSOS FORMATIVOS PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMUNIDADE E PRÁTICAS COLABORATIVAS

3.1. Ponto de partida

A fase um do relato traz os registros da experiência que ocorreu durante a pandemia em 2021. Com as aulas suspensas da Graduação e da Pós-graduação (*lato e stricto sensu*) na UNIR, bem como as atividades do PET Saúde Interprofissionalidade, os docentes envolvidos nestes processos formativos propuseram desenvolver atividades remotas, integrando alunos do PET Saúde Interprofissionalidade, REMUSF e os preceptores a participarem da proposta. Com o aceite de todos, os docentes iniciaram o planejamento das atividades que se deu em dois momentos: o primeiro, entre março e abril de 2021 – com reuniões semanais entre os docentes para a definição da metodologia a ser utilizada de forma remota; o segundo, o desenvolvimento da atividade que ocorreu entre maio e agosto de 2021.

Adaptar a forma de ensino presencial, muitas vezes fragmentada, para a modalidade remota integrada foi desafiador e nos gerou certa insegurança. Discutir sobre quais plataformas utilizar? Tanto para as videoconferências como para as atividades assíncronas, que permitisse a organização dos conteúdos e das tarefas no ensino à distância; dúvidas sobre o problema criado pelos docentes, se atenderiam e provocariam nos participantes reflexões acerca da interprofissionalidade na APS, foram alguns dos questionamentos levantados pelos docentes.

A opção dos docentes foi estruturar/organizar oficinas pedagógicas para os participantes, utilizando-se o método *Problem Based Learning* (PBL) – Aprendizagem baseada em Problemas (Graaff; Kolmos, 2003).

Este método é especialmente adequado, pois é projetado para que os participantes colaborem para avaliar e resolver criticamente o problema em questão (Clark, 2009). Assim, a organização das oficinas seguiram os passos do PBL como: Passo 1 – Abertura do grupo e a

leitura do problema para identificar e esclarecer termos desconhecidos apresentados no cenário; Passo 2 – Identificação dos Problemas e definição do problema prioritário; Passo 3 – “Chuva de ideias” – Proposição de Hipóteses Explicativas; Passo 4 – Organização e Priorização das Hipóteses Explicativas do problema em discussão; Passo 5 – Formulação dos Objetivos de Aprendizagem; Passo 6 – Busca Ativa dos Conhecimentos; Passo 7 – Relato e síntese dos conhecimentos novos adquiridos (Wood, 2003).

Uma vez apresentado aos participantes a metodologia das oficinas, foi lido o caso/situação-problema, o qual girava em torno de uma gestante de 19 anos de área coberta e que iniciou o pré-natal no segundo trimestre gestacional. Após o parto apresentou depressão pós-parto (DPP) e o acompanhamento da usuária era fragmentado pelos profissionais da equipe saúde da família (eSF) – cirurgião-dentista, enfermeira, médica e equipe Nasf (psicóloga e nutricionista).

3.2. Pergunta inicial

A fase dois do relato sistematizado teve a finalidade de recortar o foco da experiência, por meio das perguntas disparadoras e delimitar o objetivo do que seria sistematizado criticamente. Foram feitos os seguintes questionamentos: Quais as estratégias são necessárias para o alcance das práticas colaborativas interprofissionais na Atenção Primária à Saúde? O objetivo de aprendizagem foi “desenvolver o método clínico centrado na pessoa e Clínica Ampliada (CA), de modo a contemplar a subjetividade do usuário e o trabalho em equipe.

3.3. A integração ensino-serviço e sua inter(face) para implementar práticas colaborativas interprofissional

A fase três do relato sistematizado teve a finalidade de reconstruir a experiência, descrevendo o processo vivenciado. O PBL foi escolhido como método de aprendizagem pedagógico porque incentivou a compreensão colaborativa e a resolução de problemas com base no princípio de que a aprendizagem ocorre quando os alunos aprendem e coaprendem o conhecimento por meio de interações e autoaprendizagem dirigida (Yu; Zin, 2023).

Foram constituídos dois grupos tutoriais mesclados entre bolsistas do PET Saúde Interprofissionalidade, Residentes (R1) e preceptores com aproximadamente 11 membros por grupo tutorial visando a interprofissionalidade e integração ensino-serviço.

As reuniões tutoriais aconteciam a cada 10 dias e as oficinas do grande grupo ocorria a cada 20 dias, ambas, via o *Google Meet*. Semanalmente, os tutores faziam reuniões remotas para

avaliar o estágio de cada grupo tutorial e faziam os encaminhamentos necessários de estratégias de aprendizagem.

Antes do primeiro encontro *online* de todo o grupo houve os encontros dos grupos tutoriais *online* para explicar sobre o PBL e o caso. Foi solicitado que cada grupo levasse à grande reunião sua proposta de problema, sendo consensuado um problema geral para trabalhar as demais etapas do PBL. O problema geral foi: como implementar o acompanhamento interprofissional (práticas colaborativas) de casos complexos na prática de cuidados na APS?

Com base na definição do problema, os docentes selecionaram os temas e artigos científicos que subsidiariam a discussão do problema, disponibilizando o material por oficina no *Google Classroom* para as atividades assíncronas.

Os tópicos discutidos em cada oficina do PBL foram: 1) Andragogia e educação na saúde; 2) Abordagem familiar e abordagem centrada na pessoa e no estudante; 3) Integração ensino-serviço-comunidade e Visita domiciliar; 4) Interprofissionalidade; 5) Formas de implementar as práticas colaborativas para o plano terapêutico dos casos complexos na APS. A oficina 6) foi de dispersão para busca de literatura visando apresentar soluções ao caso; a oficina 7) apresentação das possíveis soluções nos grupos tutoriais e, última oficina, socialização no grande grupo das possíveis soluções e avaliação das oficinas.

Os grupos tutoriais deslocaram o aprendizado da transferência passiva para a responsabilização dos participantes na procura por novas informações de forma colaborativa. A tarefa do grupo (a meta), os papéis dos participantes (as responsabilidades) e o tempo foram organizados e consensuados no grupo, em que cada um elegeu seu coordenador e o relator das tarefas realizadas em cada etapa do PBL. Estas atividades prepararam os participantes para o trabalho em equipe.

O suporte estrutural dos tutores se deu também em orientações concomitantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Gestão da Semusa, para a devida articulação teoria-prática interprofissional. A integração entre os docentes, discentes, preceptores e gestão, bem como o desenvolvimento das atividades no cotidiano das práticas foram constituídas com base em relações horizontais e com uso de metodologias ativas e participativas.

3.4. Contribuições da interprofissionalidade e da integração ensino-serviço-comunidade no processo de ensino e de aprendizagem

O quarto momento da experiência, denominado “reflexão de fundo”, caracterizou-se pela interpretação crítica do processo vivenciado. Por ser o PBL uma abordagem educacional

construtivista interprofissional, iniciou-se, assim, o processo de formação de um profissional crítico, cidadão, preparado para aprender, ensinar e construir em equipe e de forma colaborativa, tendo em vista a complexidade da assistência à saúde (Moreira *et al.*, 2022), no contexto dos serviços.

No cenário da APS, as vivências e experiências em serviço puderam favorecer o trabalho com foco nos atributos da APS (Starfield, 2002), na capilaridade territorial e no vínculo com a comunidade. Assim, o desenvolvimento da confiança interprofissional começou a moldar as atitudes e comportamentos dos alunos levando em consideração os vários saberes do grupo, incluindo os usuários neste processo.

Avaliando o processo vivenciado, apesar de algumas fragilidades relacionadas muito mais a dificuldade de alguns participantes sobre a conectividade, com a insegurança inicial dos docentes ao propor trabalhar com PBL remoto em formato de oficinas com 20 pessoas, imposto pelo cenário pandêmico, considera-se a experiência exitosa.

A estrutura organizacional das oficinas e do PBL foi uma experiência diferenciada para a formação de graduandos, pós-graduandos, profissionais e docentes, potencializando nos participantes movimentos de desterritorialização e linhas de fuga (Deleuze; Guattari, 2020), promovendo uma aprendizagem significativa sobre o cuidado em saúde.

Este processo de desterritorialização (Deleuze; Guattari, 2020), caracterizou a ruptura com o ensino e a aprendizagem tradicional, motivando nos diferentes atores envolvidos, processos mudanças, contradições, conflitos, cujo reconhecimento e pactuações de superação das diferenças colocou diante do sujeito e do grupo um novo território de se produzir saúde.

Esta reterritorialização (Deleuze; Guattari, 2020) é a instituição de outras práticas no cotidiano da APS, as quais são mais colaborativas, horizontais, dialógicas e compartilhadas, com base no paradigma da integralidade.

Esta experiência provocou agenciamentos nos participantes, principalmente nos discentes de graduação e pós-graduação, que desde o processo de realização das oficinas e posterior à experiência do PBL, saíram mobilizados para defender os princípios do SUS e os atributos da APS.

O ponto focal da experiência não foi a resposta para o problema do PBL, mas o processo para encontrar a solução e as habilidades e competências que os participantes desenvolveram coletivamente durante e após as oficinas, além de receberem *feedback* (tutor ou colega) (Moust; Bouhuijs; Schimidt, 2021).

A aprendizagem colaborativa *online* foi uma experiência que pode gerar aprendizados aplicáveis em outros cenários. A participação ativa dos estudantes e preceptores foi de suma

importância para a formação cidadã em saúde e para a implicação desses atores no, para e com o SUS (Mendes *et al.*, 2020), com vistas a transformar um ensino e uma prática fragmentada, procedimental e curativista.

Acredita-se que a experiência possibilitou aos estudantes o desenvolvimento das competências preconizadas nas DCN, como comunicação interprofissional, planejamento das ações, liderança, resolução de conflito, respeito às profissões de saúde, horizontalidade e trabalho em equipe (Josi; Bianchi; Brandt, 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência remota do PBL com vistas a implementação de práticas colaborativas e fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade foi considerada exitosa. Foi demonstrado que tal metodologia ativa propiciou o desenvolvimento de competências colaborativas entre os estudantes e favoreceu uma maior integração entre os preceptores, discentes e tutores.

As atividades desenvolvidas nas oficinas e *pari passu* nos cenários de práticas favoreceu compreender a comunidade como um cenário de aprendizagem, promovendo o envolvimento ativo não apenas dos estudantes e preceptores, mas também da compreensão que a atenção deve ser centrada na pessoa e que esta deve ser a protagonista no processo de cuidar. Essa experiência promoveu a integração ensino-serviço-comunidade na APS, envolveu os vários saberes em saúde e propiciou a colaboração interprofissional. Foi uma aposta de alguns docentes da UNIR visando contribuir com mudanças na formação e na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundoal/docs/18080.pdf.

CLARK, P. G. Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. **Journal of Interprofessional Care**, Reino Unido, v. 23, n. 3, p. 213–223, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820902877195>. Acesso em: 26 out. 2024.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Coleção Mil Platôs**. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2020.

- DELEUZE, G.; ORLANDI, L. B. L. **A dobra: Leibniz e o barroco**. Campinas: Papirus Editora, 1991.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 74. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2019.
- GIROTTO, L. C. *et al.* Preceptors' perception of their role as educators and professionals in a health system. **BMC Medical Education**, Reino Unido, v. 19, n. 203, p. 1–8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1642-7>. Acesso em: 03 ago. 2024.
- GRAAFF, E.; KOLMOS, A. Characteristics of Problem-Based Learning. **Int. J. Engng Ed**, Califórnia, v. 19, n. 5, p. 657–662, 2003. Disponível em: <https://www.ijee.ie/articles/Vol19-5/IJEE1450.pdf>.
- HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências 3**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/oscar-jara-para-sistematizar-experic3aancias1.pdf>.
- JOSI, R.; BIANCHI, M.; BRANDT, S. K. Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. **BMC Nursing**, Londres, v. 19, n. 1, p. 1–12, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6941298/>. Acesso em: 31 out. 2024.
- MENDES, T. M. C. *et al.* Contributions and challenges of teaching-service-community integration. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. e20180333, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100312&tlng=en. Acesso em: 31 out. 2024.
- MENDES, K. M. C.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. 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**, Uberlândia (MG), v. 14, p. e002–e002, 2022. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1186>. Acesso em: 03 ago. 2024.
- MOREIRA, K. F. A. *et al.* Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, p. e20210100, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472022000100427&tlng=pt. Acesso em: 07 ago. 2024.
- MOUST, J.; BOUHUIJS, P.; SCHMIDT, H. **Introduction to Problem-Based Learning**. 4. ed. London: Routledge, 2021.
- PEIXOTO, M. T. *et al.* Medical education in Primary Healthcare: a multiple-approach experience to teaching, service and community integration practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 23, n. supl 1, p. e170794, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600502&tlng=en. Acesso em: 28 out. 2024.

RIFKIN, S. B. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. **BMJ Global Health**, Universidade de Sydney, Austrália, v. 3, n. Supl 3, p. e001188, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6307566/>. Acesso em: 03 ago. 2024.

SILVA, G. T. R. Educação interprofissional e formação de professores em saúde. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. V, n. 1, p. 1–2, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388263105001/html/>. Acesso em: 26 ago. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

VIANA, S. B. P.; HOSTINS, R. C. L. Educação interprofissional e integralidade do cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 38, p. e26460, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982022000100129&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2024.

WHO (World Health Organization). **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1.

WOOD, D. F. Problem based learning. **BMJ (Clinical research ed.)**, Oxford, v. 326, n. 7384, p. 328–330, 2003. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1125189/>.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37–46, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100037&tlng=pt. Acesso em: 05 jun. 2023.

YU, L.; ZIN, Z. M. The critical thinking-oriented adaptations of problem-based learning models: a systematic review. **Frontiers in Education**, Reino Unido, v. 8, 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/education/articles/10.3389/educ.2023.1139987/full>. Acesso em: 28 out. 2024.

CAPÍTULO III

OS DESAFIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRODUÇÃO TÉCNICA NOS PROGRAMAS DE MESTRADO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE E OS AVANÇOS DO PROFSAÚDE/UFAL

Josineide Francisco Sampaio
Rejane Eleuterio Ferreira
Michael Ferreira Machado

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-3

1. ALGUMAS NOTAS INTRODUTÓRIAS: OS MESTRADOS PROFISSIONAIS E OS CAMINHOS DA PRODUÇÃO TÉCNICA

O mestrado profissional foi a primeira modalidade de curso idealizada, contudo, somente após um intervalo de 30 anos em que o mestrado acadêmico se estabeleceu como a única opção de pós-graduação *stricto sensu*, essa modalidade ganhou reconhecimento formal. Com finalidades voltadas para a capacitação de profissionais e desenvolvimento de estudos para atender às demandas do mercado de trabalho, o mestrado profissional enfrenta atualmente o desafio primordial de consolidar essa identidade (Fialho; Hetkowski, 2017).

Com forte influência e comparações com o mestrado acadêmico, os programas de mestrado profissional ainda estão desenvolvendo trabalho de conclusão de curso no formato de dissertação, modelo predominantemente usado nos cursos acadêmicos. Isso se dá mesmo depois da publicação da Portaria nº17/2009 (Brasil, 2009), que estabelece que o trabalho de conclusão final do curso do mestrado profissional poderá ser apresentado em diferentes formatos para além da dissertação. No entanto, a partir de 2019, observou-se nos repositórios universitários que alguns programas de mestrado profissional na área da saúde começaram a explorar novos formatos de trabalho de conclusão, embora essas iniciativas ainda sejam consideradas tímidas.

A produção técnica e tecnológica, que deveria ocupar um espaço significativo nos trabalhos de conclusão, foi, até o último quadriênio, apresentada de maneira pouco expressiva. Isso se deve à indefinição sobre o que constitui essa produção técnica e tecnológica entre discentes, docentes e coordenadores (Ferreira, 2019). A produção técnica e tecnológica é caracterizada como aquela elaborada por docentes permanentes e discentes, e não se enquadra

na categoria de produção científica. Ela é reconhecida por meio dos processos de interação entre a academia e a sociedade, podendo manifestar-se em diversas formas de produtos e serviços, além de possibilitar a transformação de processos (Brasil, 2019). Contudo, essa modalidade de produção também tem sido valorizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) como um critério de avaliação para programas acadêmicos, contribuindo para a crise de identidade dos programas profissionais (Ferreira *et al.*, 2023).

Isso significa que produzir uma produção técnica de impacto representa um desafio adicional para os programas, uma vez que o tempo de dois anos para conclusão do curso muitas vezes é insuficiente para que o aluno elabore, valide e implemente sua produção. Além disso, uma produção técnica significativa frequentemente requer um investimento financeiro elevado, o qual, em muitas situações, deve ser custeado pelo próprio discente. Diferentemente dos alunos do mestrado acadêmico, os alunos do mestrado profissional não recebem bolsas de estudo, o que os obriga a financiar sua formação (Ferreira, 2019).

Outra questão importante no contexto dos programas de pós-graduação profissionais refere-se ao registro e disseminação das produções técnicas não patenteáveis que ainda são restritas. Alguns produtos têm sido registrados na Biblioteca Nacional, na Ancine, no INPI, na EDUCAPES e no Zenodo. Vários cursos têm promovido a disseminação dos produtos por meio de publicações, eventos e livros, além de disponibilizá-los em repositórios universitários, o que contribui para diferenciar os trabalhos de conclusão voltados à produção técnica.

Para lidar com os desafios enfrentados para desenvolver uma produção técnica e tecnológica que atendam às necessidades e aos objetivos que se propõem, alguns programas de mestrado profissional na área da saúde têm adotado estratégias para promover a produção técnica entre os discentes, incluindo: mudanças curriculares focadas no desenvolvimento de competências para a elaboração de produções técnicas, educação permanente para docentes e coordenadores, e a oferta de disciplinas como pesquisa e *design thinking*. A aplicação de métodos de pesquisa aplicada e a criação de um modelo para a apresentação da produção técnica são iniciativas relevantes. Também é necessário que os alunos sejam incentivados a descrever o processo de criação, bem como as estratégias de implementação e implantação do produto.

Para se distanciar do caráter dos programas acadêmicos e atender aos seus objetivos, alguns autores defendem que as pesquisas desenvolvidas nos programas profissionais devem ser promotoras de mudanças e oportunizem a reflexão crítica dos pesquisadores sobre o contexto no qual são realizadas (Andre; Princepe, 2017; Andre, 2016; Vilela; Batista, 2016;

Freire, 1984). E compartilham da opinião que a investigação-ação, em seus vários tipos, demonstram se adequar à pesquisas que se propõem a promover mudanças de práticas em áreas como ensino e saúde, por se caracterizar por ciclos nos quais se aperfeiçoa a prática na articulação entre o agir na realidade e investigar sobre ela (Chen; Reeves, 2020; Oliveira; Zaidan, 2018; Andre, 2017; Penteado; Garrido, 2010). Destacam ainda, que para a utilização a investigação-ação, deve-se considerar a sua adequação aos objetivos, práticas, participantes e cenário (Tripp, 2005).

Nesse sentido, uma iniciativa interessante é o esforço realizado pelo Mestrado Profissional em Rede em Saúde da Família (PROFSAÚDE), criado em 2016, com a finalidade de atender às necessidades de formação dos profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades na Estratégia Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde para atuarem como docentes nas pós-graduações e graduações da área da saúde, e como preceptores na ESF e nas residências médicas, promovendo profunda integração ensino-serviço, fortalecendo a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Teixeira *et al.*, 2024). Desse modo, o PROFSAÚDE, de acordo com seus objetivos, se propõe a estimular e desenvolver pesquisas de forma sistemática e empiricamente fundamentais para aprimorar a prática através da qualificação dos profissionais da ESF/APS do SUS.

Para isso, os Trabalhos de Conclusão do Curso (TCM) do programa se constituem de pesquisas e desenvolvimento de produção técnica ou tecnológica que são elaborados como resposta a um problema do campo de prática profissional do mestrando, cujo PTT tenha potencial de aplicação e impacto na realidade, além de contribuir para a disseminação de técnicas, métodos, processos ou tecnologias para o desenvolvimento dos serviços de saúde e mudanças no território (Teixeira; Azevedo, 2024).

Dessa forma, convidamos para um diálogo, a partir das experiências desenvolvidas no âmbito do Mestrado Profissional em Rede em Saúde da Família (PROFSAÚDE), no contexto da UFAL, não como “prescrições”, mas como pistas e possíveis caminhos a seguir, bem como um convite à reflexão.

2. AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA QUALIFICAÇÃO DA PRODUÇÃO TÉCNICA DO PROGRAMA PROFSAÚDE DA UFAL

Com vista a subsidiar e fomentar o debate sobre as produções técnicas, o Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) tem fomentado algumas ações como uma iniciativa essencial para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma importante iniciativa foi o investimento em atividades de educação permanente entre coordenadores e docentes do PROFSAÚDE com participação de pesquisadores de outros programas de mestrado profissional. Essas atividades permitiram profundas discussões a respeito do fortalecimento da identidade do mestrado profissional e dos desafios inerentes ao desenvolvimento das produções técnicas e tecnologias.

Ampliando a discussão, tendo como proposta a qualificação da produção técnica do programa, foram organizadas mesas-redondas, no formato remoto, durante o 1º e o 2º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde, eventos que reuniram especialistas, docentes, gestores, mestrandos, profissionais-residentes e pesquisadores comprometidos com a consolidação do SUS e foram organizados pela UFAL em parceria com a FIOCRUZ e demais universidade da rede PROFSAÚDE.

A mesa-redonda “Produtos Técnicos: desafio do mestrado profissional em saúde coletiva”, realizada em setembro de 2022, destacou a importância da sistematização e da reflexão crítica sobre a produção técnica no âmbito dos mestrados profissionais. Com a participação das professoras Rejane Eleuterio Ferreira (UFF) e Rosana Quintella Brandão Vilela (UFAL), o debate evidenciou a necessidade de valorizar produtos técnicos que dialoguem diretamente com os desafios da APS, promovendo o intercâmbio de conhecimentos entre diferentes atores do SUS.

Essa abordagem se mostrou fundamental para compreender como a produção técnica pode contribuir não apenas para o avanço acadêmico, mas também para a resolução de problemas concretos na gestão e na assistência em saúde. O debate que se seguiu após a mesa permitiu identificar estratégias para potencializar a integração entre ensino, pesquisa e prática, reafirmando o papel do PROFSAÚDE como um dispositivo de formação crítica e intervenção social.

No 2º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde, em setembro de 2024, na modalidade híbrida, a mesa “Mestrados profissionais: desenvolvimento de produtos técnicos e tecnológicos aplicados na APS” aprofundou essa discussão ao abordar a aplicação prática dos produtos desenvolvidos nos mestrados. As professoras Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo (FIOCRUZ/RJ), Josineide Francisco Sampaio (UFAL) e Rejane Eleuterio Ferreira (UFF) destacaram como a inovação tecnológica e a produção técnica qualificada podem transformar a realidade da APS.

Um dos pontos centrais debatidos foi a relevância de produtos técnicos que transcendam a lógica da simples produção acadêmica para se tornarem instrumentos efetivos de intervenção nos territórios. A construção de protocolos, manuais, materiais de educação

na/em/para a saúde, bem como diretrizes clínicas e ferramentas de gestão foram citadas como exemplos de produtos que, quando elaborados com rigor metodológico e pertinência social, contribuem diretamente para a melhoria dos serviços de saúde.

Ademais, discutiu-se o papel dos mestrados profissionais na formação de sujeitos críticos e reflexivos, capazes de articular o conhecimento acadêmico com as demandas do SUS. Isso exige uma revisão constante das matrizes curriculares e dos pressupostos pedagógicos, visando à integração de saberes e à valorização das experiências locais, o que está em consonância com os princípios da educação permanente em saúde.

É importante destacar que esse evento contou com a participação de gestores da saúde como convidados nas mesas de conferência e dentre os inscritos no evento. Tal presença, fomentou discussões pertinentes acerca de alguns dos principais problemas de saúde na área da atenção primária. Esse diálogo entre docentes, discentes, gestores, profissionais e usuários é necessário, pois possibilita a translação do conhecimento entre o ambiente acadêmico e o serviço, além de ser uma excelente estratégia para adesão das produções técnicas, desenvolvidas no âmbito do mestrado profissional, no serviço (Ferreira, 2019).

Outro destaque neste simpósio, que fortalece as pesquisas desenvolvidas nos programas de mestrado profissional, foram as apresentações das produções técnicas no formato de roda de conversa e exposição de *banners*. Essa iniciativa em um evento nacional, com representantes discente e docente das 45 instituições vinculadas ao PROFSAÚDE no Brasil, assim como a presença de alguns gestores de saúde, possibilitou a disseminação do que tem sido desenvolvido nos programas, somado a isso tornou-se um material que poderá ser consumido e/ou servir inspirações para pesquisadores e profissionais utilizarem no contexto da saúde coletiva. O evento premiou os trabalhos que se destacaram e convidou os autores a apresentarem o estudo contemplando no formato de capítulo para o presente Livro.

As reflexões emergentes desses simpósios apontam para a necessidade de fortalecer a articulação entre academia e serviços de saúde, promovendo a construção de produtos técnicos contextualizados e sensíveis às especificidades dos territórios. O PROFSAÚDE, nesse contexto, assume um papel estratégico na qualificação dos profissionais, contribuindo para a consolidação do SUS como uma política pública de qualidade e que reafirma o estatuto de cidadão para os usuários do sistema.

Outra ação desenvolvida são rodas de conversas no contexto do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), são as rodas de conversa promovidas durante os encontros presenciais. Estas rodas têm se configurado como espaços essenciais para o debate e a reflexão crítica sobre temas relevantes

para a saúde coletiva. Um exemplo significativo foi a participação da professora Rosana Vilela (UFAL), que, em um desses encontros reuniu docentes e mestrandos/as para discutir a importância da produção técnica e tecnológica no campo da Saúde Coletiva, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS).

Esse tipo de iniciativa promove um ambiente propício para o intercâmbio de experiências, conhecimentos e perspectivas entre diferentes atores envolvidos na formação e na prática profissional em saúde. O debate sobre a produção técnica e tecnológica destaca-se como um eixo fundamental para o fortalecimento da APS, considerando suas atribuições e competências essenciais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A produção técnica e tecnológica na Saúde Coletiva envolve a elaboração de instrumentos, protocolos, diretrizes, estratégias educacionais em saúde, sistemas de informação e outros produtos que visam qualificar a prática profissional, a gestão dos serviços e o cuidado em saúde (Mamede; Abbad, 2018). Nesse sentido, a roda de conversa permitiu explorar como esses produtos podem ser desenvolvidos de forma a atender às demandas específicas da APS, respeitando as particularidades das comunidades e das populações adscritas.

Um dos pontos centrais discutidos foi a necessidade de integrar o conhecimento acadêmico com a prática dos serviços de saúde. A professora Rosana Vilela destacou que a produção técnica deve ser orientada por uma perspectiva crítica e reflexiva, capaz de dialogar com a realidade vivenciada nos territórios e de contribuir para a resolução de problemas concretos da gestão e da assistência. Isso implica a valorização do saber produzido no cotidiano dos serviços e a articulação entre teoria e prática (Figueiredo *et al.*, 2022).

Outro aspecto relevante abordado foi o papel das competências específicas da APS na orientação da produção técnica. A APS se caracteriza por ser o primeiro contato da população com o sistema de saúde, desempenhando funções de coordenação do cuidado, longitudinalidade, integralidade e orientação comunitária. Assim, produtos técnicos e tecnológicos desenvolvidos no âmbito do PROFSAÚDE devem estar alinhados a essas diretrizes, promovendo inovações que fortaleçam a capacidade resolutiva da APS e a qualidade do cuidado.

O debate também evidenciou a importância da educação permanente em saúde como estratégia para a qualificação da força de trabalho no SUS. A produção técnica e tecnológica deve ser concebida como parte de um processo contínuo de formação e aperfeiçoamento profissional, estimulando o desenvolvimento de competências que respondam às necessidades de saúde da população.

As reflexões emergentes dessas rodas de conversa reafirmam o compromisso do PROFSAÚDE/UFAL com a formação de profissionais críticos, criativos e comprometidos com a transformação da realidade em saúde. A troca de experiências entre docentes e mestrandos/as enriquece o processo formativo, possibilitando a construção de saberes que articulam teoria e prática, pesquisa e intervenção social, em prol do fortalecimento da APS e da consolidação do SUS.

E, para finalizar, uma terceira ação foi a participação dos docentes e mestrandos/as do PROFSAÚDE/UFAL na Disciplina Tópicos Especiais Nacional: “Produção Técnica para o Aprimoramento da Atenção Básica e do Sistema de Saúde” do PROFSAÚDE.

Essa unidade curricular nacional coordenada pelos docentes Carla Pacheco Teixeira (Fiocruz), Diana Gutierrez (Fiocruz) e Michael Machado (UFAL), representou uma oportunidade singular para o aprofundamento teórico e prático dos desafios relacionados à produção técnica no contexto da Saúde Coletiva, com foco na atenção primária. A participação de docentes e mestrandos/as do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL) nessa disciplina, que contou com a participação de 269 pessoas, sendo 80 professores da rede PROFSAÚDE, 176 estudantes e 13 profissionais externos, evidenciou o compromisso com a formação crítica e a qualificação da prática profissional no Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo central da disciplina foi fomentar reflexões acerca da produção técnica como um instrumento fundamental para o aprimoramento da Atenção Primária à Saúde, considerando sua relevância para a resolutividade dos serviços e para a promoção da saúde. O debate foi orientado por uma perspectiva interdisciplinar, integrando diferentes saberes e experiências para discutir as potencialidades e desafios da produção de conhecimento técnico aplicado.

Nesse contexto, a participação dos docentes e mestrandos/as do PROFSAÚDE/UFAL foi marcada por contribuições significativas, tanto em termos de partilha de experiências quanto de reflexões críticas sobre a prática em saúde. As discussões permitiram explorar como a produção técnica pode ser um elo entre o conhecimento acadêmico e a realidade dos mais diversos contextos brasileiros, promovendo o compartilhamento de ideias e propostas, com vistas a soluções inovadoras para problemas complexos da gestão e da assistência em saúde.

Um dos aspectos centrais debatidos foi a necessidade de desenvolver produtos técnicos que não apenas sistematizem conhecimentos, mas que também orientem a prática profissional de forma efetiva. Protocolos clínicos culturalmente sensíveis, diretrizes de gestão humanizadas,

manuais de boas práticas e ferramentas de avaliação da qualidade dos serviços foram exemplos destacados como produtos com potencial para impactar positivamente a organização da APS.

A reflexão sobre o papel da inovação tecnológica também foi um ponto de destaque. Discutiu-se como o uso de tecnologias da informação e comunicação pode potencializar a gestão do cuidado e ampliar o acesso às ações de saúde. Nesse sentido, a disciplina contribuiu para ampliar a compreensão sobre a necessidade de alinhar as inovações tecnológicas às reais necessidades dos usuários do SUS, garantindo equidade e efetividade.

Outro elemento fundamental foi a discussão sobre as competências necessárias para a produção técnica qualificada. Os debates evidenciaram que, além do conhecimento técnico-científico, é imprescindível desenvolver habilidades de análise crítica, gestão de informações e comunicação efetiva, bem como a capacidade de trabalho em equipe e articulação intersetorial.

A participação dos mestrandos/as, em especial, foi enriquecedora para o processo formativo, pois permitiu a troca de experiências entre profissionais de diferentes regiões e realidades do país. Esse intercâmbio favoreceu a construção de uma visão mais ampla e integrada sobre os desafios e potencialidades da APS, fortalecendo o compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, representando um espaço privilegiado para o debate crítico e a reflexão sobre a produção técnica no SUS. A participação ativa de docentes e mestrandos/as do PROFSAÚDE/UFAL contribuiu para o fortalecimento de uma formação comprometida com a inovação, a equidade e a qualidade da saúde pública no Brasil.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de qualificar as discussões sobre a produção técnica e tecnológica dos mestrandos profissionais da área da saúde são prementes. A partir da experiência do PROFSAÚDE/UFAL, que iniciou suas atividades em 2018, buscou-se refletir e apontar alguns caminhos, não como uma perspectiva prescritiva, mas como pistas, um convite à reflexão.

Ao longo desses anos, ações estratégicas implementadas, que incluem atividades interdisciplinares, rodas de conversa, simpósios e disciplinas temáticas, têm sido fundamentais para qualificar a produção técnica, promovendo a integração entre o conhecimento acadêmico e as práticas dos serviços de saúde.

Entretanto, persistem desafios significativos para o desenvolvimento da produção técnica nos programas de mestrado profissional na área da saúde. Entre eles, destacam-se a necessidade de maior articulação entre a pesquisa e a prática assistencial, a valorização da produção técnica como método de inovação e a superação de barreiras institucionais que dificultam a aplicação dos produtos desenvolvidos.

Apesar desses desafios, os avanços do PROFSAÚDE/UFAL são significativos. O programa tem se destacado pela capacidade de promover ações que estimulam a produção de conhecimentos aplicados, fortalecendo a capacidade resolutiva da Atenção Básica e contribuindo para a formação de profissionais comprometidos com a melhoria da saúde pública em Alagoas e o diálogo com o cenário nacional. Esses avanços refletem o compromisso do PROFSAÚDE/UFAL com a inovação, a equidade e a excelência na formação em saúde coletiva e na efetivação da política nacional de educação permanente em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M. A formação do pesquisador da prática pedagógica. **Plurais Revista Multidisciplinar**, v. 1, n. 1, 2016.

_____. Mestrado profissional e mestrado acadêmico: aproximações e diferenças. **Revista Diálogo Educacional**, v. 17, n. 53, p. 823-841, 2017.

ANDRÉ, M.; PRINCEPE, L. O lugar da pesquisa no Mestrado Profissional em Educação. **Educar em Revista**, p. 103-117, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Portaria Normativa nº17, de 28 de dezembro de 2009. Diário Oficial da União. Brasília, DF, nº248. 29, de dezembro de 2009. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/PortariaNormativa_17MP.pdf

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Produção Técnica (2019). Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-PDF>

CHEN, W.; REEVES, T. C. Twelve tips for conducting educational design research in medical education. **Medical Teacher**, v. 42, n. 9, p. 980-986, 2020.

FERREIRA, R. E. Fatores que influenciam a implantação das produções tecnológicas desenvolvidas no âmbito do mestrado profissional na área da enfermagem e estratégias de translação do conhecimento. Tese (Doutorado). Orientadora: Dr.^a Cláudia Mara de Melo Tavares. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense/UFF, 2019. F.234.

FERREIRA, R. E.; TAVARES, C. M. M.; POLAKIEWICZ, R. R.; FONSECA, P. I. M. N. Refletindo o produto final do mestrado profissional acerca do Quadrante de Pasteur. In: MACHADO, M. F. *et al.* (Orgs.) **Atenção primária à saúde: desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil**. Campina Grande (PB): Ampilla, 2023.

FIALHO, N. H.; HETKOWSKI, T. M. Mestrados Profissionais em Educação: novas perspectivas da pós-graduação no cenário brasileiro. **Educar em Revista**, n. 63, p. 19–34, jan. 2017.

FIGUEIREDO, E. B. L. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1164–1173, out. 2022.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Petrópolis: Vozes, 1984.

MAMEDE, W.; ABBAD, G. S. Objetivos educacionais de um mestrado profissional em saúde coletiva: avaliação conforme a taxonomia de Bloom. **Educação e Pesquisa**, v. 44, 2018.

OLIVEIRA, B. J.; ZAIDAN, S. A produção de conhecimento aplicado como foco dos mestrados profissionais. In: GUIMARÃES, S.; GONÇALVES NETO, W. (Orgs.). **Mestrado Profissional: implicações para a educação básica**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2018, p. 41-57.

PENTEADO, H. D.; GARRIDO, E. (Orgs.). **Pesquisa-ensino: a comunicação escolar na formação do professor**. São Paulo, Paulinas, 2010.

TEIXEIRA, C. P. *et al.* **Plano Pedagógico Nacional do PROFSAÚDE**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 164, 2024.

TEIXEIRA, C. P.; AZEVEDO, D. P. G. D. **Orientações para trabalhos de conclusão de mestrado PROFSAÚDE**. Acesso em: 10 Fev. 2025. Disponível em: https://famed.ufal.br/pt-br/pos-graduacao/mestrado-profissional-em-saude-da-familia/documentos/tcm/documentos-tcm/turma-5/academico_orientacoes-para-trabalhos-de-conclusao-de-mestrado_2024-1.pdf/view

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, p. 443-466, 2005.

VILELA, R. Q. B.; BATISTA, N. A. Desafios e práticas para os mestrados profissionais em ensino na saúde. **Revista fórum identidades**, v.10, n.22, p. 159-172, 2016.

CAPÍTULO IV

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria das Graças Monte Mello Taveira
Divanise Suruagy Correia
Ricardo Fontes Macedo

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-4

A Saúde como direito é garantido aos brasileiros através da Constituição Federal de 1988, que contempla vários princípios importantes como a equidade, a universalidade e a integralidade, entre outros. A saúde, mesmo sendo declarada como um direito constitucional em nosso país, a população brasileira encara várias dificuldades para conseguir acesso à saúde disponibilizada pelo Estado, na magnitude do seu contexto que é o Sistema de Saúde (Brasil, 1988).

A integralidade é um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido e garantido pela Constituição Federal de 1988, no artigo 198, regulamentado em setembro de 1990 através da Lei nº8080/90. Definida como um conjunto articulado e sucessivo de ações e serviços de promoção, prevenção e de assistência, coletivos e individuais, estabelecidos para cada caso nos níveis do sistema (Brasil, 1990).

O princípio da integralidade como eixo prioritário da política de saúde, significa abranger sua execução a partir de movimentos mútuos a serem desenvolvidos pelos indivíduos envolvidos nos procedimentos de organização em saúde como: superação de impedimentos e implantação de inovações dos serviços, nas relações entre níveis de gestão do SUS e entre estes e a sociedade (Pinheiro, 2009).

A integralidade como princípio concebe o reconhecimento da amplitude das necessidades de cada pessoa, evidenciando que o direito à saúde no Brasil deve considerar como prioridade um cuidado à saúde com qualidade e dignidade.

Com o alargamento das políticas sociais e dos sistemas de saúde, que ocorreu na metade do século XX, nasce a diretriz política da integralidade. Como políticas de saúde nas democracias ocidentais, temos a criação do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido. No ano de 1946, o NHS que constituiu o princípio da responsabilidade coletiva por cuidados gratuitos para toda a população (Conill, 2004).

No início de 1980, no Brasil, o princípio da integralidade começa a compor as propostas de reforma, com a concepção de programas para grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Conill, 2004).

Não existe consenso em relação ao conceito de Integralidade. No Brasil, temos a Constituição Federal de 1988 que apresenta a Integralidade percorrida no olhar do acesso e oferta das ações em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 1988).

A Integralidade, segundo a Lei nº8080 (Brasil, 1990), é um princípio que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Além disso, o princípio de integralidade ainda pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida das pessoas.

Já internacionalmente, este princípio aparenta estar conectado principalmente com a organização, a oferta e a articulação dos serviços de saúde, em uma proposição de uma integralidade do cuidado (Tanaka; Oliveira, 2007; Conill, 2004; Lorenzo; Keenoy; Gaspar, 2002; Leatt; Pink; Guerriere, 2000).

E temos também uma definição não menos importante que é a de Mattos (2001) que define a integralidade a partir de três conjuntos de sentidos que são: relacionado às práticas dos profissionais de saúde; à organização dos serviços e das práticas de saúde; e à abrangência das políticas de saúde.

O primeiro sentido diz respeito a agitação da medicina integral que tratava da reforma curricular nos cursos de medicina; o segundo sentido discute a dissociação entre práticas de saúde pública e assistencial; o terceiro sentido trata das respostas dos governos relacionadas a problemas específicos de saúde.

Magalhães Júnior e Oliveira (2006), debatendo sobre as dificuldades encaradas na edificação da atenção integral à saúde, faz uma reflexão sobre o modelo da formação dos profissionais médicos dependente das exigências do mercado de trabalho decorrente da política liberal vigente no país, onde a valorização do especialista tende a educá-lo de forma hegemônica com um olhar fragmentado do usuário e deslocado do funcionamento total do sistema. Também é chamada atenção por Magalhães Júnior e Oliveira (2006), o quanto é frágil o procedimento de referência e contrarreferência e assinalam a criação de possibilidades para uma conversação entre profissionais com os serviços em todos os níveis de atenção, podendo ser utilizada a tecnologia do prontuário eletrônico em uma maior amplitude.

Uma outra dificuldade é a política de financiamento principalmente a da atenção secundária, condicionada ao pagamento individual dos procedimentos, o que induz a redução na oferta principalmente de consultas especializadas, exames e procedimentos de média complexidade.

O crescimento sem um ordenamento adequado dos serviços de saúde em nosso país, mostra a fragmentação da assistência à saúde, evidenciando o quanto é frágil o princípio da integralidade e quanto o Brasil ainda pode estar longe da formação de uma rede de saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do SUS (Magalhães Júnior; Oliveira, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem muitos desafios e caminhos para efetivação da integralidade como: A prática fragmentada, que vem caracterizando-o e que reflete a influência dos vários modelos de atenção à saúde, mas tidos como incapazes para atender à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que surgem na população do Brasil (Oliveira; Casanova, 2009; Campos, 2003).

Vários são os caminhos que precisam ser trilhados para a efetivação da integralidade, que segundo Oliveira e Casanova (2009) apresenta a Vigilância à Saúde como uma das principais sugestões de transformação no arranjo das práticas de saúde na procura da integralidade. A Vigilância à Saúde é um modelo assistencial alternativo que expande a compreensão de saúde, tendo como hipótese um olhar com maior amplitude da integralidade, do processo saúde-doença (Paim, 2003).

Para o caminhar deste processo, precisamos ter relações onde a política da humanização deve estar presente, pois abrange percepções que se falam sobre direitos dos pacientes em relação ao respeito ao outro, inclusive aos profissionais de saúde que precisam de condições adequadas de trabalho no desenvolvimento de suas atividades de cuidar do outro (Fortes, 2004).

No cenário da formação profissional, o Ministério da Saúde e da Educação tem desprezado diligências no aspecto de modificar a lógica da formação flexneriana. Lançando mão de investimento na atualização curricular através do Pró-Saúde, e no estímulo aos discentes com o Pet-Saúde. Também com financiamento para cursos presenciais e EAD, disponibilizados para profissionais dos serviços públicos. Estas políticas contemplam a rede assistencial de saúde, que permitem ampliar à formação acadêmica na perspectiva do SUS (Rocha; Caccia-Bava, 2009).

Os caminhos para conseguir resolver as dificuldades, desafios que temos com relação a efetivação, consolidação do princípio da integralidade, são vários e se completam, o que vem

ocorrendo de diferentes formas, em locais diversos com proposições diferentes, mas de acordo com a realidade de cada um.

Segundo Starfield (2004), enquanto nível do sistema de saúde a Atenção Primária (AP) é responsabilizada pela entrada da maior parte dos usuários no sistema, para tentarem solucionar suas necessidades de saúde. Também tem a proposição de atuar como ordenadora do sistema de saúde, a qual tem os seguintes atributos: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade. Atenção Primária, portanto, é um movimento contínuo de cuidado, que engloba a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação, que envolve diversos espaços que proporcionam o incremento social para enfrentar os determinantes da saúde, oferecendo o caminho para o modelo assistencial mais propício para atender a perspectiva de atenção integral (Starfield, 2004; Giovanella, 2008), retratando a potencialidade da integralidade do cuidado como principal eixo da Atenção Primária.

Portanto, a Atenção Primária, sendo considerada a principal peça da organização comunicacional do sistema (Brasil, 2010), precisa reorganizar, deve redefinir seus processos de trabalho, para que possa evoluir enquanto ordenadora do cuidado.

O Programa de Saúde da Família, no Brasil, nasce como importante estratégia política para reorientação do modelo de atenção à saúde, baseando-se em uma ética social e cultural mais adequada à realidade, com olhar mais ampliado para a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (Sousa, 2008). Temos como principal ponto o vínculo e a criação de relações entre profissionais e comunidade, onde a família precisa ser compreendida a partir do seu local onde vive, o que favorece a convivência, para que seja possível disponibilizar a proteção social através dos princípios da universalidade e integralidade (Brasil, 2007; Mendonça e col., 2008), levando a ampliação do entendimento de cuidado relacionado ao processo saúde-doença. O que evidencia ações de saúde contidas na Estratégia de Saúde da Família, que conversam com as dimensões da integralidade e direcionam práticas inovadoras que atendam às necessidades locais, tentando garantir a integralidade do cuidado na Atenção Primária.

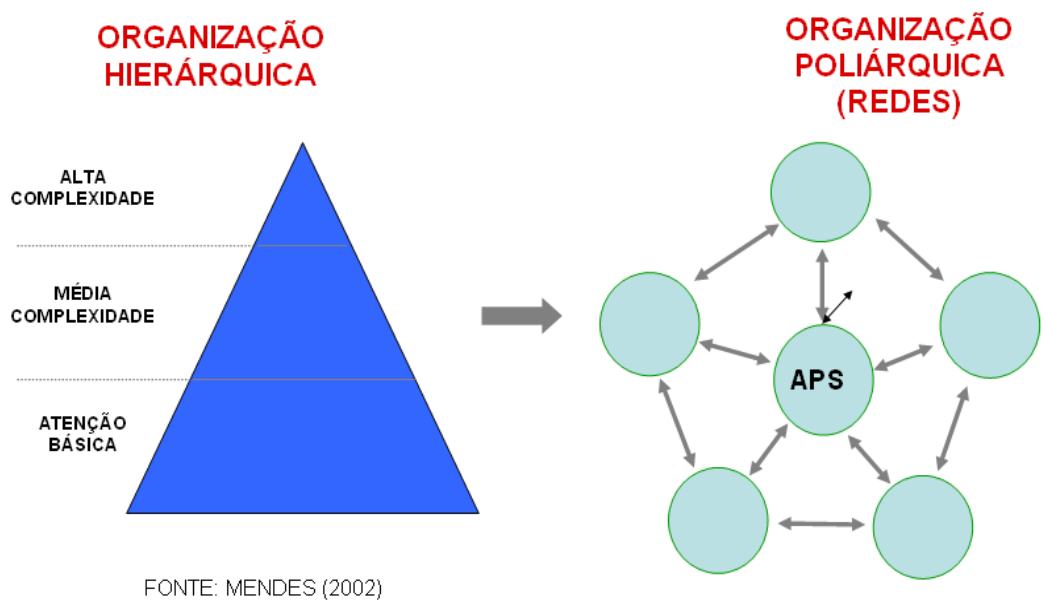
Para a integralidade do cuidado, acontecer se faz necessário que ocorram modificações no dia a dia dos órgãos de saúde, trazendo a responsabilização no cuidado aos indivíduos, estabelecendo um vínculo, valorizando o que Merhy (1997) coloca como tecnologias leves, como as relações entre as pessoas, esse cuidado deve ter como ponto central as necessidades individuais de cada usuário, favorecendo a prática da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade dos sujeitos, o que difere da prática atual.

Com essa perspectiva, o atendimento integral precisa rever a formatação da estruturação da atenção à saúde no sistema, hierarquizado e regionalizado, deve ser comprometido com o processo multiprofissional, como também deve ser revista a formação dos profissionais (Machado, 2007).

Para a Atenção Primária avançar no seu papel de ordenadora do sistema, foram pensadas e criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são arranjos, arrumações organizacionais, como unidades e ações de saúde, com potencial tecnológico desiguais, que quando conectadas por meio de diversos aparelhos como de apoio diagnóstico, logísticos e de gestão, procuram assegurar a integralidade do cuidado em uma dada localização e para uma população (Brasil, 2007).

Temos outro conceito de Rede trazido por Mendes (2008), como sendo: As redes de atenção à saúde são aparelhamentos poliárquicas de um aglomerado de serviços de saúde, unidos por uma missão, por objetivos iguais e por ação cooperativa, que consentem oferecer uma atenção constante e integral a uma população, coordenada pela atenção primária à saúde ofertada no tempo, local, custo e qualidade certa de maneira humanizada, e com responsabilidades sanitária e econômica com esta comunidade.

DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



O conceito de RAS, no Brasil, sob a visão da organização e dos preceitos do sistema de saúde, a despeito de estar inserido nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas

normas operacionais, passa a ser utilizado desde a instituição do Pacto pela Saúde, em 2006, integrando o fortalecimento da regionalização, entre as três esferas de gestão (Campos, 2006; Lima, 2012). Após a Portaria GM/MS nº4.279/2010 e do Decreto nº7.508/2011 foi iniciado um movimento nas regiões de saúde, no sentido de se colocar em prática a RAS, através da publicação das diretrizes organizacionais. Originalmente a palavra rede, oriunda do latim *retem*, define uma estrutura que tem um modelo característico (Matta, 2009).

Rede de atenção à saúde é a organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, nos três níveis de atenção, de alguma localidade, permitindo a conexão de saberes, tecnologias, profissionais e organizações, para o acesso dos cidadãos para atender suas necessidades de saúde, assegurando seus direitos (Kuschnir; Chorny, 2010; Santos; Andrade, 2011).

As redes de atenção à saúde, no Brasil, podem apresentar algumas características quando da sua concepção, que pontuaremos a seguir: Integralidade; Interdependência; Racionalidade; Cooperação; Eficiência; Território definido; Coordenação; Qualidade; Humanização; Variedade de serviços; Objetivo comum; Equidade; Ampliação do acesso; Garantia de direito; Intersetorialidade; Regulação; Racionalidade (Mendes, 2010; Hartz, 2004; Kuschnir; Chorny, 2010; Santos; Andrade, 2010).

A nível de país observa-se a situação de saúde com uma carga de doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, as causas externas e persistência das doenças transmissíveis, além do processo de envelhecimento da população, sendo cuidados por um sistema de saúde, cuja organização para o enfrentamento desse cenário é frágil (Sousa, 2018; Mendes, 2010). Esse panorama é um alerta para que os sistemas de saúde sejam reorganizados para enfrentar as dificuldades na execução de ações resolutivas para o cuidado das condições crônicas, que precisam de tratamento integral, com compartilhamento das informações e a coordenação do financiamento em todos os setores do sistema. Serviços integrados resultam em melhor qualidade de saúde, diminui o desperdício de recursos materiais, físicos e profissionais, conseguindo maior eficiência, e resultado satisfatório para os usuários (OMS, 2003).

Nos sistemas de saúde, a tendência é integrarem-se em Redes de Atenção à Saúde (RAS), tornando-se mais cooperativos com visão compartilhada, implantação de diretrizes clínicas, integração horizontal e vertical dos serviços e com foco na qualidade (Coile, 1997).

Evidências assinalam que com a implantação das redes de atenção à saúde obtivemos resultados positivos, como: melhoria da eficiência completa do sistema, diminuição da

fragmentação da atenção; evolução do custo efetividade dos serviços, não reprodução de infraestrutura e serviços; melhor resultado às necessidades e às expectativas dos indivíduos; diminuição das hospitalizações não necessárias; redução da utilização excessiva de serviços e exames; diminuição da permanência hospitalar; produção de economias de escala e de escopo; aumento da produtividade do sistema; evolução da qualidade da atenção; oferta de atenção geral e especializada; bom acesso para utilização dos diferentes níveis de atenção; ampliação da satisfação dos usuários e do autocuidado (OPS, 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o arcabouço legal do SUS, a saúde é definida como um direito de todos e dever do Estado, tendo um olhar voltado para o aspecto da integralidade, um dos princípios de grande amplitude.

Ao longo dos anos, apesar das dificuldades, obtivemos muitas conquistas que vêm fortalecendo o sistema de saúde brasileiro, demonstrando quão forte ele é para nossa sociedade.

Vem ocorrendo um movimento cada vez maior dos serviços de saúde, com mais responsabilidade, voltado para o cuidado integral ofertado à população, demonstrando que estamos trabalhando e compreendendo a responsabilidade de cumprir os princípios do SUS.

Observa-se a dificuldade de um conceito uniforme sobre integralidade talvez devido sua abrangência e significado, podendo interferir quando de sua operacionalização nos serviços de saúde em todos os níveis.

Novas experiências com o olhar da integralidade têm proporcionado modificações que podem impulsionar a oferta de serviços de forma integral, aos usuários com atendimento mais qualificado em todos seus aspectos, promovendo assim o direito à saúde integral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Seção 1, p. 89.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. D.O.U., Brasília, DF; 20 set

1999 [citado em 03 set2016]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.html

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.

COILE, R. C. Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: Conrad DA. Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago: Health Administration Press; 1997.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CAMPOS, G. W. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizador. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 417-42.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-23, 2004.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde Soc.**, v. 13, n. 3, p. 30-5, 2004.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, Suplemento 1, 2008.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl. 2),331-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien. Saúde Colet.* 2010;15(5):2307-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthc. Pap.**, v. 1, n. 2, p. 13-55, 2000.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(7):1903-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>.

LORENZO, S. M.; KEENOY, E. M.; GASPAR, O. S. Situación actual y futuro de la atención primaria. **Informes SESPAS 2002: invertir para la salud. Prioridades en salud pública**, 2002. Valencia: Generalitat Valenciana, p. 395-438, 2002.

MACHADO, M. F. A. S. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2007;12(2):335 – 42.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em BH. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão**

em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio Grande do Sul: Edusc, UFRS: IMS/UERJ, 2006.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F.; organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; 2009 [citado 2019 Fev 25]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-6, 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, p. 39-64, 2001.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Cien. Saúde Colet.* 2010;15(5):2297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

_____. Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, SESMG, 2008.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. s4-s5, 2008. Suplemento 1.

MERHY, E. E. Saúde: Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mery Onocko R., organizadores. *Praxis em salud: um desafio para lo público*. Buenos Aires: Lugar Editorial/São Paulo: Hucitec: 1997.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância à saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 3, p. 929-36, 2009.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Cuidados inovadores para condições crônicas – componentes estruturais para ação. Brasília: OMS; 2003.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2011 [citado 2019 Fev 28]. 113 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-a-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 567-86, 2003.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: 2024 <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>.

ROCHA, J. S. Y.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. A atenção básica na construção da saúde. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 14, supl. 1, p. 1336-45, 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year. *Cien. Saúde Colet.* 2011;16(3):1671-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 2, 153-158, 2008.

SOUZA, M. F. M.; MALTA, D. C.; FRANÇA, E. B.; BARRETO, M. L. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Cien. Saúde Colet.* 2018;23(6):1737-50. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.

STARFIELD, B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2004.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc.*, v. 16, n. 1, 2007.

CAPÍTULO V

SINAIS CLÍNICOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CRIANÇAS: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE *E-BOOK*

Aline Armani Picetti
Caren Serra Bavaresco

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-5

1. INTRODUÇÃO

A violência é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (WHO, 1996). Considerando a violência doméstica, pode-se classificar os maus tratos como traumas físicos, psicológicos, sexuais e na forma de negligência. A negligência é o tipo de violência mais frequente no Brasil, além de ser difícil a sua detecção (Lima; Pieri, 2021).

Desde a década de 1980, os maus-tratos sofridos no âmbito doméstico estão ganhando espaço de discussão nas pesquisas e na legislação. Porém, foi em 25 de janeiro de 2011 que a Portaria nº104 incluiu como notificação compulsória os casos de violência interpessoal e autoprovocadas, abrangendo violência contra vulneráveis (Brasil, 2011). Ainda assim, há a subnotificação dos casos de violência, impactando negativamente as ações e as políticas públicas de enfrentamento aos maus tratos, visto que são os dados epidemiológicos que baseiam essas ações e políticas (Feitoza, 2020; Malheiro, 2016).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de acordo com o Art. 13 e o Art. 245, determina obrigatória a notificação, por parte de profissionais da saúde e da educação, de casos suspeitos ou confirmados de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente, em ambiente público ou privado (Brasil, 1990).

A região que compreende a cabeça e o pescoço é a que mais apresenta sinais clínicos de violência; em especial a face por ser área pouco protegida. Assim, o cirurgião-dentista, por atuar diretamente nessa região, tem importante papel na constatação e no tratamento das lesões resultantes da violência doméstica, podendo ser o primeiro a suspeitar da mesma (Costa;

Tinoco, 2019; Luz; Loreto; Barros, 2021; Sampaio *et al.*, 2021; Santos; Fujii; Salomão-Miranda, 2021).

Durante o atendimento odontológico, há proximidade entre o dentista e a criança e seu responsável enquanto anamnese e procedimentos clínicos são realizados, sendo possível averiguar sinais clínicos e comportamentais da criança, a sua interação com o responsável e a maneira como o mesmo interage com ela. Como geralmente são necessárias revisões periódicas, há também a oportunidade de analisar essas variáveis a longo prazo (Rover *et al.*, 2020).

O receio dos profissionais de saúde em notificar situações suspeitas de violência doméstica relaciona-se ao medo, à incerteza do diagnóstico e ao desconhecimento da responsabilidade em notificar – questões essas que se referem à falta de preparo profissional, já que a maioria das disciplinas na área da saúde não contempla nos seus programas a violência doméstica (Malheiro, 2016).

Considerando que o cirurgião-dentista encontra-se em uma situação que contribui para a detecção precoce de maus-tratos infantis, o profissional deve ter conhecimento adquirido na graduação para que esteja apto a suspeitar e saber como proceder em casos de violência doméstica (Costa; Tinoco, 2019; Sampaio *et al.*, 2021; Rover *et al.*, 2020; Marques *et al.*, 2020; Minatti; Albuquerque, 2019; Nunes *et al.*, 2021; Santos; Fujii; Salomão-Miranda, 2021; Silva *et al.*, 2021).

Para que seja possível aproximar-se da solução do problema de saúde pública proveniente da violência doméstica, faz-se necessária a educação permanente dos profissionais de saúde para melhorar qualitativa e quantitativamente as notificações. É através da notificação que a relação entre área de saúde, poder público e sistema legal é concebida, possibilitando uma intervenção eficiente (Feitoza, 2020). Portanto, é primordial que os profissionais recebam conhecimento e sejam treinados desde a graduação como atores modificadores do cenário de violência, havendo investimento em educação continuada (Nunes *et al.*, 2021).

Desde a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, houve uma aproximação entre equipes e serviços de saúde às reais necessidades de indivíduos e famílias devido a abordagem dos determinantes sociais de saúde, ampliando o olhar sobre o território para aspectos das construções sociais ali vigentes, colocando a família como foco de atenção. A adscrição em um território definido através das Equipes de Saúde da Família (ESF), a integralidade, o planejamento local baseado nas necessidades de saúde da população, a atuação intersetorial, a abordagem familiar, a humanização do atendimento constituem-se ferramentas promissoras de enfrentamento a questões complexas da saúde

coletiva. A violência seria uma delas (Rocha; Moares, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal acolhimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes, sendo necessário que o profissional tenha o olhar preparado para identificar, tratar, notificar e orientar os envolvidos, tornando-se de suma importância que esses estejam capacitados para tanto (Furbino, 2019). Tais medidas irão fortalecer o cuidado e a proteção à criança e ao adolescente.

O Mestrado Profissional apresenta como característica fundamental a elaboração de um produto que considere os determinantes de saúde e seja uma ferramenta para as Equipes de Saúde da Família. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi elaborar e validar um *e-book* sobre sinais clínicos de violência doméstica em crianças para graduandos e graduados em Odontologia, além dos demais profissionais interessados no tema. Justifica-se pela importância em trazer aos futuros e aos já profissionais de saúde odontólogos informações sobre o tema de violência doméstica, desde a sua origem, enfatizando o diagnóstico, até os procedimentos legais e demais encaminhamentos que objetivam cessar a violência.

2. MÉTODO

A metodologia ocorreu em quatro etapas: estudo exploratório mediante pesquisa bibliográfica; elaboração de *e-book*; validação com grupo de especialistas por estudo Delphi; ajuste e divulgação.

Foi realizado um estudo exploratório sobre o tema violência doméstica através das plataformas Pubmed@ e Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS Brasil) pelos termos “*domestic violence; dentistry; clinical signs; notification; primary health; violência doméstica; odontologia; sinais clínicos; notificação; atenção primária à saúde*”.

O material pesquisado foi organizado como: Definição de violência; Classificação; Tipos; Sinais físicos, sexuais, psicológicos e negligência; Diagnóstico diferencial; Consequências; Papel do odontólogo; Registros e Notificação; Atuação da Equipe de Saúde da Família e Rede de Proteção.

A partir do material coletado através do estudo exploratório, o mesmo foi organizado em formato de *e-book* no *Google Drive* e, através desta plataforma, foi acessado pelo grupo de *experts* que avaliou e validou previamente a divulgação.

As etapas de validação pelo método Delphi incluíram: Convite aos profissionais; Envio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao grupo de especialistas; Envio da primeira versão do *e-book*, instruções para preenchimento da tabela Delphi e acesso à mesma; Divisão do *e-book* em tópicos, originando a tabela a ser preenchida para validação; Avaliação

das respostas da tabela para cada um dos tópicos a ser avaliado até obter 80-100% de concordância entre os validadores.

Para a validação, utilizou-se a técnica Delphi que consiste na administração repetitiva de questionários anônimos, geralmente através de duas ou três rodadas. As principais etapas da técnica Delphi incluíram:

- Escolha do grupo de especialistas, primeiro contato e envio de convite para participação;
- Identificação da questão a ser avaliada, a partir da divisão do *e-book* em tópicos, originando o questionário enviado aos especialistas;
- Estabelecimento das rodadas de envio do questionário de forma interativa e anônima;
- Avaliação dos resultados entre as rodadas até a obtenção do consenso de 80 a 100% de concordância entre os *experts*.

Facione (Facione, 1990) indica o método Delphi como uma técnica de investigação importante ao permitir a reunião de opiniões e encontro de um consenso entre especialistas distantes geograficamente, alcançando resultados densos sobre determinado assunto ou problema.

Marques e Freitas (2018) indicam que o estudo Delphi possui características que o distingue de outras técnicas, sendo elas: anonimato; *feedback* das contribuições individuais; construção e apresentação da resposta do grupo como um todo; e possibilidade de revisão e alteração das respostas.

Em relação ao número de rodadas de envio do questionário, a maioria das pesquisas foram realizadas entre duas e quatro rodadas. Um número superior a quatro não produziu mudanças significativas de opinião, além de necessitar de excesso de tempo para sua execução (Kayo; Securato, 1997).

A tabela foi respondida individualmente, sendo os resultados analisados pelos pesquisadores entre cada rodada: as respostas foram compiladas e enviadas a todos, para que cada participante conhecesse as opiniões do grupo, podendo alterar ou defender suas respostas, até atingir concordância (Kayo; Securato, 1997). Powell (2003) indica Delphi como técnica que reúne opiniões entre especialistas distantes geograficamente, alcançando resultados densos – isso também por envolver diferentes áreas, alcançando resultados qualificados. Após validação, o *e-book* foi disponibilizado *online* gratuitamente.

Foram convidados profissionais relacionados ao atendimento e ao cuidado de crianças e adolescentes, sendo: cirurgiões-dentistas e demais profissionais atuantes na Atenção

Primária à Saúde, gestores da Atenção Primária à Saúde, profissionais do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA), membros do Ministério Público, integrantes do Conselho Tutelar e docentes inseridos na rede de proteção à criança e ao adolescente, para realizarem a avaliação do curso.

Inicialmente, pretendia-se realizar a validação com um grupo de 70 profissionais. Após os contatos e os convites realizados, o grupo de validação foi composto por 15 profissionais que se disponibilizaram a ler o manual e avaliá-lo a partir do preenchimento da tabela Delphi. Destes, tivemos a participação de quatro cirurgiões-dentistas, um enfermeiro, dois médicos e dois gestores da Atenção Primária à Saúde; um membro da Defensoria Pública; dois policiais do DECA; e três docentes doutores. O grupo contou com profissionais dos estados do Pará, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo.

Na primeira rodada, os 15 especialistas receberam a tabela Delphi com os resultados em branco e com 18 tópicos a serem avaliados após a leitura do *e-book*; receberam também a primeira versão do *e-book*. Para cada tópico, era possível selecionar uma das seguintes opções: “sem necessidade de reformulação”, “necessidade de reformulação parcial com alterações opcionais para aprimorar o conteúdo”, “necessidade de reformulação parcial com muitas alterações”, “necessidade de reformulação completa”. Além disso, havia um campo destinado a comentários e sugestões de aprimoramento do conteúdo no mesmo arquivo onde a tabela foi compartilhada – nesse espaço, os avaliadores poderiam comentar ou justificar suas respostas e inserir sugestões do que considerassem relevante ser alterado em relação ao conteúdo escrito, às imagens, ao *design* gráfico e à gramática do *e-book*. Estipulou-se uma data limite para preenchimento da tabela e, eventuais dúvidas, foram respondidas via *WhatsApp*.

Após o preenchimento da tabela Delphi pelos 15 validadores, os dados foram analisados, as sugestões sobre as alterações foram consideradas e realizadas as alterações pertinentes no arquivo do *e-book*.

Para a segunda rodada, cada profissional recebeu a versão do *e-book* revisada e editada de acordo com as sugestões da primeira rodada, além de uma segunda tabela Delphi. A segunda tabela difere-se da primeira pelo fato desta conter as respostas individuais do próprio avaliador à rodada anterior, e também o percentual total de respostas do grupo aos itens “sem necessidade de reformulação”, “necessidade de reformulação parcial com alterações opcionais para aprimorar o conteúdo”, “necessidade de reformulação parcial com muitas alterações”, “necessidade de reformulação completa”. Logo, o avaliador poderia comparar as suas respostas anteriores ao resultado encontrado no grupo e, após avaliar a versão atualizada do *e-book*, decidir por manter as respostas enviadas na primeira rodada ou modificá-las preenchendo os

campos da tabela destinados à “rodada atual”. Nessa segunda rodada, tivemos o retorno de 12 (do total de 15) avaliadores. Novamente as considerações dos profissionais foram analisadas e as correções e alterações realizadas no *e-book*. Como nessa segunda rodada ainda não se atingiu a concordância de 80 a 100% em todos os tópicos, realizou-se a terceira rodada de preenchimento da tabela Delphi.

Na terceira rodada, o *e-book* atualizado foi enviado aos 12 validadores que responderam à rodada anterior e, nessa versão, o *e-book* foi aprovado em todos os tópicos da tabela com percentual acima de 80% para “sem necessidade de reformulação”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo a elaboração de um manual para os graduandos em Odontologia e os cirurgiões-dentistas quanto à suspeita e a notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Para tanto, pretendeu-se realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema; organizar o material teórico em formato de manual virtual *e-book*; e realizar a validação do material, através do método Delphi, com um grupo de especialistas no tema.

O objetivo geral foi atingido através dos objetivos específicos. A pesquisa bibliográfica foi realizada; o material, organizado em formato de *e-book*, e a validação concluída dentro do cronograma, sendo possível a adequação do manual às considerações dos validadores, qualificando o produto desse mestrado.

Foi possível abordar, no *e-book*, tanto os sinais clínicos de violência doméstica, quanto a Rede de Proteção à criança e ao adolescente – havendo interesse manifestado pelo grupo de validadores na expansão de informações referentes a esse tópico.

Apesar da proposta inicial incluir 70 profissionais no grupo de validadores, não foi alcançado esse número para o grupo de validação; assim, como houve dificuldade em aderência de profissionais que contemplassem todos os cargos pretendidos e as cinco regiões brasileiras – não foram conquistados profissionais de nenhum cargo pretendido para as regiões Centro-Oeste e Nordeste; em relação a todas as regiões, o cargo de Conselheiro Tutelar não obteve representantes.

São esperadas desistências de participantes ao longo da validação – situação relatada na literatura, sugerindo que sejam convidados em número superior ao pretendido devido às possíveis desistências. Em nosso estudo, dos 35 profissionais inicialmente inseridos no grupo de validação, tivemos cinco profissionais que declinaram da participação no convite inicial, e 15 aceitaram o convite, porém encerraram contato após o recebimento da primeira versão do manual e das instruções para preenchimento da tabela Delphi – inferimos que, tanto a

apresentação da tabela Delphi com instruções a serem aprendidas, quanto o volume de páginas da primeira versão do *e-book* (pela diagramação inicial, com 108 páginas) tenham motivado a desistência.

O grupo de validação foi, então, composto por 15 profissionais que se disponibilizaram a ler o manual e avaliá-lo a partir do preenchimento da tabela Delphi. Destes, tivemos a participação de quatro cirurgiões-dentistas, um enfermeiro, dois médicos e dois gestores da Atenção Primária à Saúde; um membro da Defensoria Pública; dois membros do DECA; e três docentes doutores. O grupo contou com profissionais dos estados do Pará, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo.

Embora em número aquém do inicial de validadores, obtivemos um grupo considerável para a validação pelo método Delphi com o prosseguimento da maioria dos especialistas ao longo das rodadas. Houve participação destes, tanto no preenchimento da tabela Delphi quanto no envio de sugestões, considerações e apontamentos – o que qualificou o *e-book* em *layout*, conteúdo, didática e gramática. Os tópicos “Orientações para realizar a notificação” e “Atuação da Equipe de Saúde da Família e Rede de Proteção” foram ampliados por sugestão dos validadores.

O retorno do grupo de validadores quanto à relevância do tema em divergência à ausência do mesmo – tanto em ensino, quanto em serviço – demonstra a importância do produto desenvolvido e a necessidade de que a temática da violência doméstica enquanto problema de saúde pública e questão de notificação compulsória esteja presente, tanto nas graduações, quanto nas educações permanentes em saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência permeia a história do Brasil. Desde os primórdios, a dicotomia entre os povos embasa segregação e crueldade que persistem na experiência nacional (Minayo, 2006). Desde os anos 1980, o tema violência doméstica é debatido. Porém, apenas em 2011 incluiu-se como notificação compulsória os casos de violência interpessoal e autoprovocadas – ainda assim, há subnotificação.

A criança é vítima preferencial por fragilidade e dependência – a sociedade, adultocêntrica, gera formas agressivas de relacionamento e disciplina (Rocha; Moares, 2011). Essa temática é abordada insuficientemente na graduação, ocorrendo pouco preparo profissional quanto ao diagnóstico, conduta e notificação (Silva *et al.*, 2021).

A violência doméstica traz consequências a curto, médio e longo prazos que podem ser devastadoras, já que as experiências vividas na infância refletem na vida adulta. Caracteriza-se

por uma condição multicausal, necessitando da intervenção de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, para que ocorra um atendimento integral (Ramos; Silva, 2011).

Quanto maior a precocidade, a intensidade ou o tempo em que a criança esteve submetida à violência, maiores e mais permanentes serão os danos. Portanto, o impacto da violência envolve idade, grau de desenvolvimento psicológico, tipo de violência, frequência, duração, natureza, gravidade da agressão, vínculo afetivo entre abusador e vítima (Brasil, 2010b).

O conceito de cuidado altera a atenção que passa a ser no usuário, e não mais no procedimento. Dessa forma, o cuidado em saúde abrange a relação entre profissional de saúde e usuário onde há uma conversa entre conhecimento técnico-científico e experiências clínicas do profissional com projetos de vida, experiência pessoal e desejos do usuário, culminando em um plano de tratamento baseado nesses elementos (Moreira *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado com profissionais de saúde, quando questionados sobre a identificação e a denúncia de casos de violência doméstica, salientou-se por parte dos profissionais a importância da capacidade de identificação de sinais ou indícios da situação violenta, sendo essa primordial para que se possa realizar a notificação. Ou seja, a notificação só irá ocorrer se os profissionais forem capacitados quanto aos sinais de violência doméstica. Em contrapartida, parte considerável dos municípios brasileiros não têm programas de capacitação sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes para profissionais que trabalham com esse público (Branco; Tomanik, 2012).

Necessita-se de educação permanente para qualificação em relação à violência doméstica. A elaboração do *e-book* visou contribuir com o conhecimento e o desempenho profissional ao construir conhecimentos para que o ciclo de violência seja interrompido.

REFERÊNCIAS

BRANCO, M. A. O.; TOMANIK, E. A. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevenção e enfrentamento. *Psicologia & Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 402-411. 2012.

BRASIL. Portaria nº104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Linha de Cuidado para a atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília. 2010b.

BRASIL. Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasil: Casa Civil, 1990.

COSTA, A. P.; TINOCO, R. L. Maus-tratos infantis no currículo dos cursos de Odontologia do Rio de Janeiro. *Revista da ABENO*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 54-62. 2019.

FACIONE, P. A. Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. Research findings and recommendations (Report). Newark: *American Philosophical Association*. 1990.

FEITOZA, D. C. A notificação compulsória em situação de violência contra a mulher prevista nos códigos de ética da enfermagem, medicina, psicologia e odontologia. 2020. 20 p. Artigo (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020.

FURBINO, R. N. Aspectos odontológicos associados a trauma infantil por agressão física. 2019. 47 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Campus Avançado Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, 2019.

KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. *Cadernos de Pesquisa em Administração*, v. 1, n. 4, p. 51-61. 1997.

LIMA, B. B.; PIERI, A. 2021) Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da Universidade do Estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. *Rev Bras Odontol Leg RBOL*, [SL], v. 8, n. 1, p. 43-54. 2021.

LUZ, M. F.; LORETO, D. B.; BARROS, B. A. Conhecimento e atuação de cirurgiões-dentistas e estudantes de odontologia frente à violência contra a mulher, com ênfase na notificação compulsória. *Rev Bras Odontol Leg RBOL*, [SL], v. 8, n. 2, p. 26-35. 2021.

MALHEIRO, J. R. *Aspetos Clínicos da Violência Doméstica: o Papel do Médico Dentista*. 2016. 104 p. Tese (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016.

MARQUES, E. S.; MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; DESLANDES, S. F.; REICHENHEIM, M. E. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n.4, 2020.

MARQUES, J. B. V; FREITAS, 2018D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Proposições*, v. 29, n. 2, p. 389-415, maio/ago. 2018.

MINATTI, D.; ALBUQUERQUE, I. B. Análise sobre o conhecimento dos profissionais de odontologia da rede pública de Maringá-PR em relação à notificação de violência interpessoal. 2019. 36 p. Artigo (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia UniCesumar, Centro Universitário de Maringá, Paraná, 2019.

MINAYO, M. C. S. O contexto da violência social no Brasil. In: *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2006.

MOREIRA, T. N. F.; MARTINS, C. L.; FEUERWERKER, L. C. M.; SCHRAIBER, L. B. The foundation of care: Family Health Program teams dealing with domestic violence situations. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 814-827. jul, 2014.

NUNES, T. F.; MELO, L. S.; COLARES, V; KELLY, A. Diagnóstico e notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes: conhecimento de estudantes de Odontologia. *Revista da ABENO*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 01-14. 2021.

POWELL, C. The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, v. 41, n. 4, p. 376-382. 2003.

RAMOS, M. L. C. O.; SILVA, A. L. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 20, n. 1, p. 136-146. 2011.

ROCHA, P. C. X; MOARES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3285-3296, 2011.

ROVER, A. L; OLIVEIRA, G. C.; NAGATA, M. E.; FERREIRA, F.; MOLINA, A. F. C.; PARREIRAS, S. O. Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 43738-43750, jul. 2020.

SAMPAIO, T. R.; CASTRO, C. C.; LIRA, C. V.; BARBOSA, I. O.; ALMEIDA, L. V.; GURGEL, F. C.; MONTEIRO, J. R.; GOMES, A. C. Prevalência do traumatismo dental em crianças vítimas da violência infantil. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 9, p. 94109-94122, set. 2021.

SANTOS, J. L.; FUJII, L. L.; SALOMÃO-MIRANDA, F. Abuso sexual infantil: o papel do cirurgião-dentista. *Revista FIMCA*, Rondônia, v. 8, n. 2, p. 09-11, ago. 2021.

SILVA, A. O.; SILVA, M. C. L. C.; GODOY, A. B.; SILVA, L. M. R. C.; SOARES, A. L. F. H. Violência doméstica: A importância da formação do Cirurgião-Dentista frente a esse agravo. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, p. 01-09. 2021.

WHO, World Health Organization. *Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority*. Geneva, 1996.

CAPÍTULO VI

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DE ALAGOAS

Amanda Emanuelle Maria Santos Moreira
Maria das Graças Monte Mello Taveira
Ricardo Fontes Macedo

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-6

1. INTRODUÇÃO

A humanização é um aspecto fundamental aos seres humanos e, portanto, deve estar presente no contexto de trabalho dos serviços de saúde (Pereira, 2012). Ela é um importante arcabouço teórico-prático para a transformação social das organizações, inclusive no campo da gestão de pessoas, pois promove o desenvolvimento de trabalhadores, gestores e da própria instituição de saúde (Cortez; Zerbini; Veiga, 2019).

Em 2003, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS, o HumanizaSUS (ou simplesmente PNH). Esta política é direcionada a todos os níveis de atenção à saúde e vem sendo aplicada seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando enfatizar a necessidade de assegurar uma atenção integral à população e ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas (Santos-Filho, 2007).

Tem como objetivo provocar novas práticas de gestão e de produção da saúde, propondo para os diferentes sujeitos implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder, para que haja o equilíbrio de forças (Brasil, 2009).

Para isso, a PNH aposta na implementação de princípios e diretrizes dentro dos serviços de saúde, a saber: autonomia e protagonismo dos sujeitos; gestão compartilhada e cogestão (sendo estes considerados dispositivos desalienantes e democráticos); estímulo à comunicação e à corresponsabilização entre os três atores envolvidos no cuidado (trabalhadores, gestores e usuários); acolhimento ao usuário; classificação de risco; ambiência; clínica ampliada e

compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (Brasil, 2009; Galavote *et al.*, 2016).

Por ser uma política de saúde, a humanização deve ser colocada no contexto das avaliações, para dar visibilidade às prioridades, permitindo uma maior aproximação com a realidade e fornecendo elementos para o planejamento e estratégias de implantação das ações de saúde (Santos-Filho, 2007; Souza *et al.*, 2016).

No contexto da atenção primária, a Estratégia Saúde da Família é espaço propício para a reorientação do modelo assistencial e, portanto, para a implementação de um modelo de atenção à saúde humanizado (Galavote *et al.*, 2016; Brasil, 2017). Nesse sentido, o conhecimento das condições dos serviços de saúde, no tocante ao tema da humanização, na Atenção Básica, apontará para a necessidade de formulação ou reformulação das práticas organizacionais e assistenciais existentes para que haja o verdadeiro atendimento às necessidades dos usuários, dos trabalhadores e do serviço.

Souza (2015) desenvolveu o Índice de Humanização dos Serviços de Saúde (IHS), que consiste num conjunto de variáveis baseadas nos princípios da PNH e que podem ser utilizadas como parâmetros de avaliação das ações de humanização nos serviços de saúde. O IHS é um instrumento validado de pesquisa quantitativa, que permite avaliar a implantação da PNH nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção (Souza *et al.*, 2016).

Segundo Farias (2017), para efetivar a humanização e promover mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde, é oportuno apostar na implantação dos dispositivos que norteiam a PNH. Então, a partir da avaliação dos aspectos humanizantes dentro da Estratégia Saúde da Família, tendo como referência as diretrizes da PNH, pode-se identificar aqueles considerados prioritários e, com isso, contribuir para a melhoria do processo de humanização em tais serviços, e ter um melhor entendimento dos papéis dos atores envolvidos na humanização, e, assim, melhor satisfazer trabalhadores, gestores e usuários quanto à oferta e o recebimento de cuidados humanizados (Souza; D'innocenzo, 2014).

Considerando, pois, a importância das ações de humanização e a necessidade de sua avaliação, enquanto uma política pública, este estudo objetivou avaliar a percepção dos principais avanços e lacunas da implantação da PNH nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do Estado de Alagoas.

2. MÉTODO

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e de levantamento de campo. Os locais da pesquisa foram as oito UBS, localizadas na zona urbana e rural de um município do Estado de Alagoas.

Foram utilizados questionários validados, construídos a partir dos princípios e diretrizes da PNH, e que permitem avaliar a percepção das ações de humanização dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, sendo um questionário específico para cada dimensão avaliada (trabalho, gestão e usuário). Nos questionários, foram utilizadas escalas ordinais, tipo Likert, com cinco opções de resposta, em que duas levam a uma avaliação positiva, duas a uma avaliação negativa e uma opção referente ao desejo de “não querer responder à pergunta”. Para cada dimensão, há um conjunto de perguntas capazes de estimar o seu conteúdo. Tais perguntas permitiram que os respondentes expressassem suas opiniões a respeito de situações ou condições, relacionadas às diretrizes da PNH, presentes nas UBS pesquisadas.

Os participantes do estudo foram profissionais da Estratégia Saúde da Família (dimensão trabalho) e gestores (dimensão gestão) que trabalham nas oito UBS, e usuários destas unidades de saúde (dimensão atendimento ao usuário). Para o tamanho da amostra, foi considerado todo o universo desses trabalhadores: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnicos ou auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, e pessoas responsáveis pela gestão das UBS. Em julho de 2023, dados da Secretaria Municipal de Saúde indicaram um total de 102 profissionais da Estratégia Saúde da Família, distribuídos nas oito UBS presentes no município. E cada uma dessas UBS contém 01 profissional responsável pela sua gestão, totalizando 08 gestores.

Para os usuários, foram considerados aqueles com cadastro ativo nas UBS, e que têm entre 20 a 59 anos de idade – grupo etário representativo da população adulta (Filho *et al.*, 2004; Santos *et al.*, 2021). Justifica-se a limitação da faixa etária para que as respostas pudessem ser mais homogêneas. Em abril de 2023, dados da Secretaria Municipal de Saúde indicaram um quantitativo de 13.348 usuários, com essas características, distribuídos nas oito UBS. Para o cálculo do tamanho dessa amostra foi utilizada uma fórmula para variáveis quantitativas (Marotti *et al.*, 2008; Souza, 2015), população finita, nível de confiança (90%), erro amostral máximo tolerado (7%) e desfecho erro x acerto de 50%, obtendo-se uma amostra de 137 usuários. Visando uma melhor distribuição deste quantitativo amostral entre as UBS, a amostra foi aumentada para 144 usuários. Então, a pesquisa foi estimada para ser realizada

com 18 usuários de cada UBS. A forma de coleta dessa amostra foi por conveniência, levando em consideração os critérios de inclusão da pesquisa. Justifica-se essa forma de coleta pela acessibilidade da pesquisadora aos participantes da pesquisa (Marotti *et al.*, 2008).

Os critérios de inclusão para os participantes da pesquisa foram: a) para os profissionais de saúde: ser profissional da Estratégia Saúde da Família, e ter vínculo empregatício com a prefeitura; b) para os gestores: ter formação em nível médio ou superior, e ter vínculo empregatício com a prefeitura; c) para os usuários: ter entre 20 a 59 anos de idade, estar em atendimento nas UBS do município, estar consciente, orientado psiquicamente e em condições clínicas favoráveis. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ao aceitar participar, espontaneamente, da pesquisa após ser informado sobre a mesma.

Os critérios de exclusão foram: a) para os profissionais de saúde e gestores: aqueles que estavam de férias ou afastados do serviço por motivos diversos; b) para os usuários: aqueles desprovidos de capacidade cognitiva, auditiva ou de responder ao questionário; ou que estavam em estado clínico grave. A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CEP/UFAL), conforme Parecer nº6.744.416.

Os dados foram coletados entre abril de 2024 a junho de 2024. Após a aplicação dos questionários, os dados coletados foram codificados em uma planilha eletrônica e posteriormente tratados por meio da estatística descritiva, onde os dados categóricos da escala ordinal de Likert foram transformados em dados numéricos e realizados os cálculos de frequência e média aritmética. A partir dos escores obtidos nas perguntas, foram, então, identificados os principais avanços e lacunas da implantação da PNH nas UBS.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os questionários foram aplicados a uma amostra de 207 pessoas, sendo 61 trabalhadores, 08 gestores e 138 usuários. Com a análise dos dados, os principais avanços identificados nas respostas dos sujeitos participantes da pesquisa foram: a autonomia para organizar e executar o trabalho (trabalhadores das UBS); o atendimento digno e respeitoso (usuários das UBS); e o atendimento acolhedor e resolutivo, a política de redução das filas, e a liberdade de expressão de crenças religiosas (gestores das UBS). E como principais lacunas: a identificação dos profissionais (trabalhadores das UBS); a participação na gestão (usuários das UBS); e a horizontalização das linhas de mando (gestores das UBS).

O resultado da pesquisa estabelece um diagnóstico sobre a efetividade da implantação da política de humanização que está sendo desenvolvida na atenção básica do município, uma

vez que o instrumento para a coleta dos dados utilizado na pesquisa foi construído a partir dos princípios e diretrizes da PNH (Souza; D'innocenzo, 2014; Souza, 2016). Com a aplicação desses questionários é possível ter um melhor entendimento dos comportamentos, conhecimentos, atitudes ou práticas de humanização existentes dentro das UBS, fornecendo dados úteis que auxiliarão nas tomadas de decisões locais, de forma mais objetiva, visando o aperfeiçoamento da implantação da PNH nesses estabelecimentos.

Os avanços identificados estão relacionados aos princípios da PNH mais conhecidos pelos trabalhadores das UBS e que já estão implantados no serviço de atenção básica, como o acolhimento, a classificação de risco, a autonomia dos sujeitos, a clínica ampliada e compartilhada visando à integralidade da assistência, e a defesa dos direitos dos usuários do SUS, tais como: o direito de informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; o direito de ter um acompanhante; e a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (Brasil, 2010).

O desenvolvimento de práticas na atenção básica exige dos profissionais não só os conhecimentos teóricos, mas também a capacidade para trabalhar em equipe e habilidades de comunicar-se com os demais profissionais e com a comunidade, o que favorece a integralidade de uma produção de saúde mais humanizada, resolutiva e de qualidade (Lopes *et al.*, 2019).

A lacuna da identificação dos profissionais, levantada pela pesquisa, está relacionada ao princípio da transversalidade, que quer dizer à comunicação entre os sujeitos, preconizado pela PNH. Já as lacunas da participação na gestão e da horizontalização das linhas de mando estão relacionadas ao princípio do protagonismo e da corresponsabilidade dos sujeitos e à diretriz da cogestão, sendo considerados desafios que precisam ser superados para a produção da saúde no SUS (Brasil, 2010). Todas essas lacunas identificadas têm influência sobre a visibilidade da PNH no serviço de saúde (Souza, 2015).

A utilização de um crachá de identificação pelo trabalhador é uma ferramenta para humanizar o cuidado/atendimento dispensado ao usuário, como também auxilia nas relações interpessoais com a equipe de trabalho, e colabora com a segurança dos estabelecimentos de saúde. É, portanto, uma medida útil para uma comunicação pessoal mais humanizada e segura (Maio, 2020).

Silva (2002), ao analisar o papel e a influência da comunicação interpessoal no atendimento em saúde, aponta que uma das formas de fazer com que os pacientes se sintam seguros é quando os profissionais de saúde se identificam por meio de um crachá e se apresentam dizendo seu nome.

A PNH estimula a comunicação de forma permanente dentro dos serviços de saúde, bem como a corresponsabilidade, entre os três sujeitos envolvidos no cuidado (Brasil, 2010). Matias *et al.* (2016), ao realizar uma pesquisa com apoiadores institucionais formados pela PNH acerca dos seus entendimentos e vivências sobre a proposta contida na política, verificou que a concentração de poder nas instituições é um obstáculo existente e que leva à hierarquização das tomadas de decisões.

Para o enfrentamento desse desafio, a PNH vem propor a criação de espaços de controle social, no campo da gestão dos serviços de saúde, para a participação de trabalhadores e usuários no processo de planejamento, elaboração e avaliação das ações nas unidades de saúde. Nesse sentido, a política lança os dispositivos da cogestão e da gestão participativa como ferramentas para transformar os processos de trabalho das equipes, com a organização de um modelo de gestão centrado no trabalho em equipe e no poder compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (Maerschner *et al.*, 2014).

A PNH estimula a gestão participativa para que os diversos integrantes envolvidos no cuidado se sintam representados e para que haja um aumento comunicacional entre essas classes e aumento na qualidade dessa comunicação. Ou seja, em vez de gestão autoritária, uma gestão com tomadas de decisões coletivas, e não de cima para baixo, para a construção de propostas e a busca por soluções conjuntas com os trabalhadores e os usuários, sendo uma importante estratégia para possibilitar as mudanças pretendidas (Pereira; Neto, 2015).

Nesse sentido, a formação e a educação são aspectos fundamentais para a atuação profissional condizente com as diretrizes de humanização na saúde (Carlosama *et al.*, 2019). E a inadequada compreensão, pelos trabalhadores, das diretrizes e dos dispositivos da PNH faz com que a transformação da realidade não ocorra (Pereira; Neto, 2015).

Portanto, visando atender às necessidades singulares do serviço de atenção primária à saúde no município, sugere-se a capacitação dos trabalhadores e gestores inseridos neste nível de atenção, quanto ao tema desta pesquisa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou a efetividade da implantação da PNH nas UBS do município, com os seus avanços, e as lacunas que precisam ser trabalhadas para uma maior implantação dessa política. A partir dos resultados, é possível gerar reflexões sobre as práticas que estão sendo desenvolvidas, e visando o aprimoramento da atenção básica, sugere-se a capacitação dos trabalhadores e gestores inseridos neste nível de atenção, quanto ao tema pesquisado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Publicada no Diário Oficial da União n.183, seção 1, p. 68, 22 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1444-0. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 23 jul. 2025.

CARLOSAMA, D. M.; VILLOTA, N. G.; BENAVIDES, V. K.; VILLALOBOS, F. H; HERNÁNDEZ, E. L.; MATABANCHOY, S. M. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. **Persona y Bioética**, Chia, v. 23, n. 2, jul.-dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>.

CORTEZ, P. A.; ZERBINI, T.; VEIGA, H. M. S. Práticas humanizadas de gestão de pessoas e organização do trabalho: para além do positivismo e do dataísmo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00215>.

FARIAS, A. N. P. N. **Humanização na estratégia de saúde da família: percepções dos profissionais que atuam em um centro de saúde da comunidade na cidade de Palmas – TO.** 2017. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins. Pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação. Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Palmas – TO, 2017.

FILHO, A. I. L.; MATOS, D. L.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; PEIXOTO, S. V.; LIMA-COSTA, M. F. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, dez. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000400005>.

GALAVOTE, H. S.; FRANCO, T. B.; FREITAS, P. S. S.; LIMA, E. F. A.; GARCIA, A. C. P.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158633>.

LOPES, M. T. S. R.; LABEGALINI, C. M. G.; SILVA, M. E. K.; BALDISSERA, V. D. A. Educação Permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **REME – Rev. Min. Enferm.**, 23:e-1161, 2019. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190009>.

MAERSCHNER, R. L.; BASTOS, E. N. E.; GOMES, A. M. A.; JORGE, M. S. B.; DINIZ, S. A. N. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1089-1098, dez. 2014. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0365>.

MAIO, A. M. D. Abraços digitais, cartas e crachás humanizados: interfaces entre midiaticização e comunicação face a face em tempos de pandemia. *In: IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISAS EM MEDIATIZAÇÃO E PROCESSOS SOCIAIS*, v. 1, n. 4, 2020, São Leopoldo, RS, Brasil. **Anais de artigos:** São Leopoldo: UNISINOS, 2021. Disponível em: <https://mediaticom.org/anais/index.php/seminario-mediatizacao-artigos/article/view/1305>. Acesso em: 19 jul. 2024.

MAROTTI, J.; GALHARDO, A. P. M.; FURUYAMA, R. J.; PIGOZZO, M. N.; CAMPOS, T. N.; LAGANÁ, D. C. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 186-194, mai.-ago. 2008.

MATIAS, M. C. S.; VERDI, M. I. M; FINKLER, M. A dimensão ético-política da humanização e a formação de apoiadores institucionais. *Trab. educ. saúde*, 14 (1), jan-abr, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00095>.

PEREIRA, A. B.; NETO, J. L. F. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. **Trab. educ. saúde**, v. 13, n. 1, jan.-abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip0004>.

PEREIRA, M. M. S. Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **CuidArte Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 101-108, jul.-dez. 2012.

SANTOS, R. M.; OLIVEIRA, F. S. S.; COSTA, L. Y. A.; MORAES, V. M. S.; ARAUJO, G. K.; BARBOSA, M. S. S.; BARBOSA, S. M. S.; LAVRA, F. M. B.; CUNHA, F. T.; OLIVEIRA, D. C. Estado nutricional de adultos entre 20 e 59 anos segundo os indicadores do sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan) na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e18810615510, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15510>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400021>.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, p.73-88, 2002.

SOUZA, D. J. **Avaliação da implantação da Política Nacional de Humanização por meio da construção do Índice de Humanização dos Serviços de Saúde**. 2015. 220 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/47401>. Acesso em: 23 jul. 2023.

SOUZA, D. J.; D'INNOCENZO, M. Desenvolvimento do Índice de Humanização dos serviços de saúde: etapa Delphi. **Rev. Enferm.**, UFPE online, Recife, v. 8, supl. 1, p. 2365-2374, jul. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i7a9927p2365-2374-2014>.

SOUZA, D. J.; OLIVEIRA, L. R.; LEMOS, R. C. A.; FELIX, M. M. S.; D'INNOCENZO, M. Validade de construto do Índice de Humanização dos serviços de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Universidade Federal do Paraná, v. 21, n. 4, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.44668>.

CAPÍTULO VII

ENTRE O CONVENCIONAL E O TRADICIONAL: A INTERCULTURALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO POVO PITAGUARY

Antônia Vanderli Alves do Nascimento
Vanira Matos Pessoa
Luciana Silverio Alleluia Higino da Silva

DOI: 10.51859/ampla.dga932.1125-7

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a complexa missão de gerir todas as ações de saúde em todo o território nacional. Apoiado nas Leis nº8.080/90 e nº8.142/90, segue investindo em programas, políticas e estratégias para mitigar as diferenças sociais, culturais, políticas e econômicas que retardam seus princípios essenciais: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular/comunitária (Brasil, 2004).

Apesar do direito a uma política específica e diferenciada ter sido previsto na Carta Magna de 1988, apenas em 1999 os povos indígenas foram incorporados pelo SUS, por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). A partir de uma demanda do movimento indígena, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), pela Lei nº9.836, de 23 de setembro de 1999, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2004).

O Sasi-SUS é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), compostos por: a) postos de saúde dentro das terras indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN); b) polos bases que incluem Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN).

A SESAI/MS foi um passo importante para qualificar a política de saúde e somente com sua criação é que uma área técnica de saúde mental foi instituída, composta por profissionais de diversas áreas, como psicólogo, assistente social, antropólogo, médico psiquiatra, enfermeiros e terapeutas ocupacionais (Batista; Zanello, 2016).

Em 2007, entrou em vigor a Portaria nº2759, do Ministério da Saúde (MS), que

estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, representando um avanço significativo, mas com um processo de implementação letárgico.

A portaria previu que a interdisciplinaridade deveria ocorrer no âmbito dos Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI), responsáveis locais pelo planejamento das ações em saúde. Os profissionais de referência em saúde mental dos DSEI são: os antropólogos, os assistentes sociais, os enfermeiros, os psicólogos, os médicos, os terapeutas ocupacionais e quaisquer outros(as) profissionais que tenham uma inserção maior na área da saúde mental, que possuam experiência ou algum tipo de especialização e/ou qualificação específica nessa área. Geralmente, eles estão lotados na Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), no DSEI, e são conhecidos como Referência Técnica (RT) de Saúde Mental.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) dissemina em seus relatórios um conceito de saúde mental entendido como um estado de bem-estar no qual o indivíduo perceba as suas próprias capacidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar de forma produtiva e frutífera e possa contribuir para a sua comunidade (*World Health Organization, 2001*).

O tema da saúde mental dos povos indígenas brasileiros parece ser negligenciado e de preocupação tardia, tanto pelas políticas, como pelas investigações acadêmicas. Em 2007, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental Indígena, promovida pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), na qual as bases da Portaria nº2759 do MS foram elaboradas, estabelecendo as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Foi a partir desse momento, com a implantação de uma política de saúde para essas populações, que o tema da saúde mental em contextos indígenas começou a ganhar visibilidade no Brasil (Bonfim, 2011).

Os estudos demonstram que o agravamento de certas situações, como desemprego, violências, desigualdades sociais, e o surgimento de outras, como o excesso de competitividade, podem provocar ansiedade nos indivíduos e a conseqüente busca por algum tipo de alívio. Um reflexo disso seria o aumento da utilização de medicamentos psicotrópicos com ou sem prescrição por profissionais (Costa; Oliveira, 2017). Entende-se como medicamentos psicotrópicos aqueles que agem no sistema nervoso central, produzindo alterações de comportamento, humor e cognição (Back; Assini, 2017).

Há uma estreita associação entre cenários de vida marcados por desigualdades, injustiças, racismos e violências de gênero e a produção de sofrimento psíquico. O uso de medicações, quando bem indicadas, é parte importante do plano terapêutico de pessoas em

sofrimento psíquico, juntamente com outras estratégias de tratamentos, além de métodos mais amplos que possam diminuir a vulnerabilidade dos sujeitos em sofrimento, buscando ajudá-los individual e coletivamente a enfrentar os desafios da vida (Quemel *et al.*, 2021).

A vulnerabilidade sugere pensar como a síntese existente entre a saúde e o processo de adoecimento se relacionam conjuntamente com as relações existentes entre os sujeitos, o meio social, a comunidade, os serviços de saúde, entre tantas outras questões presentes em um grupo específico, inserido em situações e condições específicas. No caso da saúde mental, para se trabalhar com essa ideia, é necessário estudarmos e compreendermos o sofrimento psíquico de uma forma abrangente, não normativa, propondo intervenções amplas de acordo com as realidades e os significados adotados em cada cultura e grupo (Gama; Campos; Ferrer, 2014).

Apesar dos povos indígenas terem sistemas singulares de compreensão da saúde e da doença, eles estão em intrínseca relação com diversas políticas públicas de Estado, inclusive no campo da saúde. Dessa forma, o processo histórico de violências e exclusão pode tornar o alcance do estado de saúde, em seus próprios termos, cada vez mais distante, e a medicalização do sofrimento desse grupo vulnerável. É sabido que existe uma reivindicação recorrente dos movimentos indígenas para a detecção de agravos e proteção da sua saúde mental.

No campo da produção acadêmica, ainda há muito o que se avançar, mas existe no Brasil uma produção científica que dialoga com a saúde mental em temas como uso de bebidas alcoólicas, violências e suicídio (Souza; Garnelo, 2006; Souza; Garnelo, 2007; Souza; Deslandes; Garnelo, 2010).

Destaca-se que a carência de estudos sobre saúde mental das populações indígenas, bem como sobre os serviços e ações organizadas e disponibilizadas para esse povo, é um problema que já vem sendo alertado há anos pela OMS em nível mundial (OMS, 2013).

O modelo de assistência aos povos vem sendo marcado pelas ações curativas, no qual os medicamentos assumem o papel principal. Nesse sentido, é necessário aprofundar estudos sobre a relação dos medicamentos e o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena. Não se trata de uma questão simples ou de fácil resolução, mas de um problema do consumo exacerbado de medicamentos (Diehl, 2001).

Assim sendo, este capítulo discorre sobre o cotidiano de cuidado em saúde mental realizado com o povo Pitaguary, no Estado do Ceará, com o objetivo de dialogar com as práticas de cuidados tradicionais.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo realizado nos moldes de uma pesquisa-ação com povos indígenas da etnia Pitaguary. Esses povos residem no Ceará, no município de Pacatuba. Os dados foram produzidos por vinte pessoas a partir de seis círculos de cultura. Dentre o perfil dos participantes se destacam as lideranças: comunitárias, religiosas e da juventude; profissionais de saúde (médico, agente indígena de saúde e saneamento) e coordenação do CAPS. Nos círculos foram utilizadas técnicas de dinâmicas de grupo com a temática sofrimento e adoecimento mental, práticas convencionais e tradicionais de cuidado em saúde mental no contexto do território da Aldeia Monguba na visão dos povos Pitaguary.

A pergunta central desta pesquisa é: Como os povos indígenas Pitaguary compreendem as dinâmicas que envolvem a relação entre sofrimento mental, adoecimento e práticas de saúde adotadas pelo serviço de saúde e pelos praticantes das práticas tradicionais indígenas no contexto do território da Aldeia Monguba?

Nos círculos de cultura, foram confeccionados produtos artísticos, colares, então eles têm habilidades, que podem estimular o desenvolvimento de alguma atividade laboral; também foram realizadas atividades manuais como pintura, produção artesanal de artefactos, mostrando que os pacientes têm a possibilidade de aprender uma atividade laboral, que podem trabalhar com o lúdico e ter fonte de renda.

O estudo foi realizado no período 01/12/2023 a 26/01/2024 e todos os aspectos éticos foram cumpridos. Foi submetido e aprovado no CEP e CONEP-Parecer nº6.511.494.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O povo Pitaguary ocupa, tradicionalmente, parte dos municípios de Maracanaú e Pacatuba, na Região Metropolitana de Fortaleza (CE), tendo o início da luta pelas suas terras na década de 1990. O território Pitaguary está atualmente na condição legal de declarado e possui uma extensão de 1.727,86 hectares (Funai, 2022). Apesar de estar fixado em uma área rural fortemente influenciada pelos processos de urbanização e industrialização, ele ainda mantém seu modo de vida através dos seus etnoconhecimentos sobre a medicina tradicional, a pesca, a agricultura e a venda de artesanatos (CDPDH, 2015).

Os resultados deste estudo foram agrupados em quatro tópicos. O primeiro, as medicinas indígenas; o segundo, o modo de vida e saúde dos Povos Pitaguary e suas práticas de cuidados ancestrais e atuais; o terceiro, trouxe a espiritualidade e saúde, possibilidades de atuação na comunidade; e, o quarto tópico, abordará sofrimento mental, exclusão e caminhos

necessários para a promoção dos cuidados do Povo Pitaguary na RAPS.

3.1. Medicina Indígena Pitaguary: da importância ancestral às dificuldades de diálogo com os profissionais da APS na contemporaneidade

Na perspectiva dos Pitaguary, o cuidado tradicional e ancestral é transmitido entre as gerações onde o uso de chás e a inalação aromática têm uma função essencial no cuidado em saúde e na espiritualidade a uma variedade de produtos para múltiplos usos em diversas fases da vida, como podemos ler a seguir:

Nossa medicina, a medicina tradicional para a gente tratar essas questões mentais, como fazer um defumador para acalmar, um incenso, que hoje o pessoal usa incenso, para gente de antigamente a primeira coisa minha mãe fazia era chá e aguava casa com eucalipto e ficava tudo tão cheiroso, o eucalipto, porque não tinha essa história de ter desinfetante, defumador para tirar aquelas energias ruim, então tudo isso são tradições que infelizmente, hoje, os nossos irmãos, a maioria, não usam mais, para tratar dessas situações (Margarida).

A importância da medicina tradicional é fazer os seus lambedores, fazer suas mesinhas bem feito, umas coisas de qualidade, porque também se fizer mal feito pode fazer mal às crianças e adultos, se não é uma coisa bem feita, o lambedor bem feito, esse tipo de coisa, eu acho que é isso aí, que às vezes a pessoa faz um medicamento sem conhecimento e pode tomar alguma coisa e fazer mal para outro é, sempre bom ter os cuidados de como fazer, mas hoje ninguém quer fazer nem aprender a fazer bem feito (Lírio).

Os mais velhos foram destacados pelos participantes como a primeira instância de ensino e decisão sobre o cuidado da saúde, sendo um espaço importante da prática cotidiana da medicina tradicional, além de incluir o uso de rituais e preparação de remédios provenientes do saber herdado pelos membros mais velhos, misturando recursos provenientes do saber tradicional (sobretudo remédios feitos com plantas). Foi citado também pelos participantes do grupo que a medicina tradicional é feita a partir de um conhecimento, não podendo ser feita de “qualquer jeito”.

Nesse sentido, a interculturalidade implica, para os indígenas participantes do estudo, na integração entre dois sistemas de conhecimentos: o tradicional, trazido por eles, e o convencional, próprio dos profissionais de saúde inseridos no território. Espera-se, assim, uma conjuntura entre esses dois saberes, uma interculturalidade de conhecimentos, como é descrito por esses participantes, entretanto, essa aproximação pressupõe aparente “equidade” na forma de valorizar os dois tipos de conhecimentos, além de apagamento das assimetrias e desigualdades existentes.

3.2. O cuidado ancestral dos Pitaguary

Os rituais de cura de doenças físicas e espirituais pelo povo Pitaguary são obtidos na roda de toré, nas rezas, em rituais evangélicos, em sessões de umbanda, sendo os serviços biomédicos bem-vindos porque fortalecem a saúde, mas é preciso que seja interseccionado.

A necessidade que o indígena Pitaguary mostra na sua oralidade é em relação aos cuidados de saúde ser do tipo que visualiza a cultura dessa população junto com o cuidado biomédico, buscando a interação entre eles sem anular sua diversidade, ou seja, a interculturalidade, quando uma ou mais culturas fazem uma relação dialógica entre si sem que nenhum dos cuidados se sobressaia mais que o outro.

O resgate do aspecto cultural indígena nos cuidados de saúde mental atua como grande aliado no tratamento das principais patologias psíquicas, já que, utilizando métodos já conhecidos, familiares, seculares, é mais fácil o paciente dar credibilidade ao projeto terapêutico proposto pelos profissionais de saúde que fazem seu acompanhamento (Amarílis).

Na atualidade, os povos indígenas estão em um contexto em que a melhor forma de sobreviver é se apropriar ao máximo de tudo que foi adormecido, despertar e intensificar a tradição. A pintura corporal pode ser uma ferramenta para fortalecer a identidade indígena das crianças e da juventude, na escola e dentro e fora de suas aldeias, tornando cada vez mais íntima a relação do indígena com sua espiritualidade e com sua cultura.

A partir de uma nova realidade e antigos saberes, é possível ressignificar e criar novas maneiras e novos traços que recomeçam a dar sentido para as pinturas corporais integradas aos demais conhecimentos tradicionais. Podemos perceber nas falas a seguir a importância da ancestralidade e a necessidade de valorização da cultura desses povos:

Eu preciso de cada um de vocês eu não consigo brilhar só, eu preciso de vocês comigo cultivando o solo e nossa amizade, as vezes até uma paixão que tenho por alguém e não tenho coragem de dizer a partir do momento que passo meu problema para outras pessoas ele não é só meu. Quando eu não estiver por perto você vai contar seu problema para ela, coloque um nome na planta por exemplo essa é uma mangueira, mas não é só uma mangueira, é do meu avô [...], e vou lá e lembro do meu avô, e converso com a planta, e conto as histórias que aconteceu na minha vida (Orquídea).

Os Pitaguary se reconhecem como indígenas por causa de seus ancestrais, da sua relação com a terra, de suas festas e cerimônias, mas também por conta de seus tratamentos de cura e rituais, em uma variedade de crenças, como ocorre com outros povos (Martin-Hill, 2009; Obomsawin, 2007).

O ritual do toré constitui cerimônia central dos Pitaguary e de outros povos do Nordeste. É uma dança organizada com os indígenas de pé no chão a formar um grande círculo dentro do

qual é disposta uma roda menor, em que certas lideranças vultosas, como o Pajé, um professor indígena destacado, uma reconhecida curadora e o Cacique, por exemplo, entoam cânticos e apelos.

3.3. O Território Pitaguary e sua Cartografia Comunitária: o encontro da espiritualidade com a saúde mental

Ao compreender que a espiritualidade consiste na busca pessoal e coletiva pela compreensão das respostas às questões relativas ao sentido da vida e, sobretudo, a relação entre o humano e o sagrado. Os rituais religiosos compõem um modo de conexão entre o visível e o invisível que leva um grupo ou uma comunidade a encontrar, através dos rituais, importantes caminhos que conduzem a um apaguaziguamento das dores e do sofrimento biopsicossocial e espiritual.

Neste sentido, a espiritualidade e o processo de cura do Povo Pitaguary aparece como um:

Olhar para os cuidados comunitários indígenas, das crenças, da historicidade, da qualidade dos cuidados naturais fazem total diferença para o corpo e alma de quem vive a cultura do seu povo como resposta para sua saúde (Íris).

As rezas, trazer as crianças para rezar, o pessoal também tão deixando que é importante também quando a criança tá com quebrante, com mal olhado, tudo isso ajuda sim, ajuda a gente identificar as situações que estão acontecendo com os nossos filhos, a medicina tradicional ela é a base para a gente trata (Perpétua).

Em alguns casos, os Pajés diferenciam doenças físicas e espirituais. Na comunidade Pitaguary, problemas espirituais (como feitiçaria) são tratados com certas práticas de cura: rezas, rituais de umbanda. A reza consiste em rito, trata-se de um procedimento no qual o rezador calcula as medidas corporais e reza com imposição de mãos e ramos de plantas sobre o corpo do paciente, fazendo uso de rezas específicas para cada tipo de enfermidade (mau-olhado, susto, inveja, dores de coluna, cobreiro). Em certas ocasiões, incluem-se rezas para tratar de animais (gatos, cães, vacas). De maneira especial, as curas por meio delas fazem com que a doença que impregna a pessoa seja extraída das camadas que compõem o corpo até que o curador possa enviá-la ao oceano sagrado.

Dessa forma, a influência da religiosidade sobre a saúde mental é um fenômeno resultante de vários fatores como: estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual (Moreira Almeida *et al.*, 2006; Stroppa; Moreira Almeida, 2008). Espiritualidade define-se por determinadas crenças e ritos referidos ao transcendente e entendidos como meios que oferecem salvação (Boff, 2006;

Libanio, 2002).

Dalgarrondo (2007) afirma que a presença do elemento religioso no modo de construir, enfrentar e vivenciar o sofrimento mental foi observado por muitos pesquisadores.

No que se refere à saúde mental e sua relação com a espiritualidade, foi evidenciado, conforme o povo Pitaguary, que a forma como os pacientes com transtorno mental a sentem e a interpretam é de suma importância para manter ou desenvolver comportamentos saudáveis ou desordenados, tanto no que se refere à espiritualidade como a outras dimensões da vida.

De acordo com os participantes dos círculos de cultura, a interrelação com a cultura, a espiritualidade e a terra provoca no sujeito um constante movimento de busca, encontro e sentido: tudo vai depender sempre de cada situação, de cada pessoa e da relação que fazem com sua saúde e a busca pela espiritualidade.

A espiritualidade do paciente foi apontada como importante para a busca de autoconhecimento que promove a saúde integral e por melhorar a saúde mental por meio dela. Os rituais de cura são a espiritualidade desse povo através do toré, da pintura corporal, do cuidado com pedras, da terra. O conhecimento das práticas tradicionais é imprescindível tanto para o profissional, quanto para o paciente. A preservação dessa espiritualidade é importante para a cura desse povo dentro da APS e da RAPS.

3.4. Sofrimento mental, exclusão e caminhos necessários para a promoção dos cuidados do Povo Pitaguary na RAPS

As práticas tradicionais do Povo Pitaguary foram apresentadas por todos os participantes dos círculos de cultura como ações de produção de sentido e promoção da saúde mental, tanto individual quanto coletiva, o desafio está em como introduzir essas práticas dentro da APS e RAPS como produção de saúde mental em quem está fragilizado pelo sofrimento.

Nesse contexto a APS tem um papel fundamental, pois ela é a porta de entrada e ordenadora da rede de cuidados em saúde. Tem a função de acolher e estreitar vínculos terapêuticos com as pessoas e o território. É necessário promover um encontro para além dos sintomas, possibilitando ao sujeito perceber o que causa esse sofrimento e desenvolver suas potencialidades e que os profissionais reconheçam a força da cultura no processo de cura.

Se percebe nas falas a dificuldade que o povo Pitaguary tem de reconhecer que precisa de um acolhimento e de uma escuta profissional em um serviço de saúde mental especializado (CAPS):

No começo não dava muita bola não, só que a minha mãe buscou para mim, minha mãe ficava buscando para mim, correndo atrás das coisas do meu problema da minha cabeça. [...] até que aconteceu o imprevisto na minha vida que cometi um crime e acabei sendo preso [...] agora compreendo meu problema [...] só assim eu percebi que precisava de ajuda (Bromélia).

Está mais ou menos a um ano que cheguei inclusive para você e disse estava doente estou a um ano fazendo uso da medicação, não foi difícil aceitar porque eu já estava doente a muito tempo, difícil está fazendo o uso da medicação, e quanto ao tratamento pelo serviço de saúde dentro da nossa unidade como somos recebidos por alguns profissionais somos bem tratados por outros não, infelizmente (Gazânia).

[...], ainda mais uma pessoa que já tem transtorno, desse ficar dentro de casa sem fazer nada isso aí é que prejudica eu sei que vai ser difícil a gente tirar essas pessoas de dentro de casa para trazer, eles para nosso meio (Petúnia).

Foi tão bom o encontro ontem que não percebemos o tempo passar de tão bom que é (Bromélia).

As falas mostram como devemos incluir os usuários com sofrimento psíquico nos processos de cuidados, seja com a medicina tradicional e os rituais de cura e espiritualidade dessa população, seja através dos cuidados biomédicos dentro da APS e da RAPS.

As questões do cuidado às populações indígenas necessitam da reflexão dos profissionais para com a cosmologia e os modos de significação e noção de pessoa ao preparo e à sensibilidade dos profissionais diante dessa relação interética, que impõe também relações de saber.

Para Mendonça (2004), é necessário que se desenvolva uma reflexão sobre a formação e a prática de profissionais de saúde e a convivência com outras culturas, outras concepções de corpo de pessoa doente e em tratamento inseridas em diferentes sistemas de cura, demandando um olhar que transcende o momento da relação profissional/paciente e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece.

É visualizada a necessidade de todos os pacientes em relação a políticas voltadas para um cuidado diferenciado a eles, que precisam ser dialogadas com as pessoas que podem intervir, como dito adiante:

A coordenadora do CAPS vai fazer parte porque o atendimento tem que ser melhorado tanto na unidade de saúde como dentro do CAPS (Amor-Perfeito).

Eu sou bem atendido no posto, no CAPS eu não fui bem atendido, o exame da cabeça não deu certo e por esse motivo não prescreveram a minha medicação (Jasmim).

Era visível que o paciente estava doente e por isso, eu sou até suspeita para falar sobre isso, a gente sabe que dentro da unidade de saúde por alguns somos bem tratados outros não e que deveriam melhorar para os pacientes (Gazânia).

Quando o profissional troca o olhar de desconforto pelo de compreensão, os pacientes percebem, pois eles se sentem acolhidos, uma vez que estão muito sensíveis à forma como

olham para eles. Na prática, a importância dessa postura, a partir da abordagem intercultural, tem-se mostrado indispensável para que não sejamos reprodutores de visões que, mal percebemos, espelham modelos advindos de nossa herança colonial.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil carece de políticas públicas que sejam efetivas para que nossa pluralidade, que nos define historicamente, possa ser valorizada e, assim, propiciar uma vida de sentido e pertencimento a todos, o que está diretamente relacionado à nossa saúde mental como indivíduos e estrutura social.

Os círculos de cultura se constituíram ao mesmo tempo espaços de problematização e vivências interculturais, propiciando a concretização da potência de lidar de modo coletivo inclusive com situações de crise.

A história do povo Indígena Pitaguary, sua cultura, suas tradições, seus saberes, sua relação com a natureza, compreender quais os costumes estão preservados e quais foram aculturados no decorrer do tempo. Nesse sentido, procurou-se conhecer, a partir dos relatos orais, a história das práticas tradicionais Pitaguary e os cuidados e se continua presente junto com a medicina convencional, as dificuldades enfrentadas para sobreviver, a luta pelo resgate cultural e pelo reconhecimento de suas terras. Este Povo é conhecedor de sua trajetória e de suas origens e procura fortalecer o conhecimento tradicional através da oralidade e das práticas tradicionais; práticas essas que foram evidenciadas como parte da própria tradição Pitaguary.

Concluimos que a melhoria dos cuidados em saúde mental na APS, precisa integrar-se ao profundo conhecimento que o povo Pitaguary possui a respeito de suas plantas e ervas medicinais e seus rituais sagrados no processo de cura. As práticas tradicionais desempenham um papel crucial na saúde mental dos indígenas. A integração dessas práticas no sistema de saúde pode melhorar significativamente o bem-estar mental dos povos indígenas. A valorização e incorporação dessas práticas nas políticas de saúde são fundamentais para um cuidado mais holístico e culturalmente sensível.

REFERÊNCIAS

BONFIM, T. E. Avaliação psicológica e saúde mental: aplicações da psicologia clínica em comunidades indígenas. **Psicólogo inFormação**, São Paulo, v. 15, n. 15, p. 155-168, dez. 2011

BATISTA, M. Q.; ZANELLO, V. Saúde mental em contextos indígenas: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 4, p. 403-414, out/dez. 2016

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014.

QUEMEL, G. K. C. *et al.* Revisão integrativa da literatura sobre o aumento no consumo de psicotrópicos em transtornos mentais como a depressão. **Brazilian Applied Science Review**, v. 5, n. 3, p. 1384-1403, maio/jun. 2021.

ANDRADE, J. T.; SOUSA, C. K. S. Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedicalidade. **Anuário Antropológico**, v. 41, n. 2, p. 179-204, 2016.

CAPÍTULO VIII

OFICINA DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE NOVA LIMA, MINAS GERAIS

Bruna Calado Pena
Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento

DOI: 10.51859/ampla.dga932.1125-8

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). É regida por sete atributos, conforme descrição apresentada na Figura 1: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Starfield, 2002).

Figura 1 – Atributos da Atenção Primária à Saúde (APS).

Acesso de primeiro contato

- Local preferencial para atendimento de todas as demandas, excetuando-se as emergenciais ou urgenciais.

Integralidade

- Oferta de tratamento integral, que engloba ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, cura (quando possível) e cuidados paliativos.

Longitudinalidade

- Criação de vínculo entre equipe de saúde e população atendida, que é acompanhada ao longo dos ciclos de vida.

Coordenação do cuidado

- Responsabilização e direcionamento pela APS do percurso assistencial do paciente, na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Orientação familiar

- Abordagem do indivíduo, no contexto dos determinantes sociais de saúde, compartilhados com a família, empregando ferramentas apropriadas para abordagem familiar, com emprego de ferramentas adequadas para ofertar cuidado ao nível da família.

Orientação comunitária

- Olhar e ações de saúde que extrapolam o nível individual e buscam atuar sobre as necessidades, recursos e desafios enfrentados pela população adscrita.

Competência cultural

- Oferta de tratamento condizente com a cultura, os valores e os recursos de que a comunidade dispõe.

Fonte: Autoria própria, baseado em Starfield (2002).

A realização de avaliações das Equipes de Saúde da Família (eSF), estratégia prioritária para a APS, no Brasil, torna-se fundamental para garantir os princípios do SUS e a qualidade dos serviços prestados. Neste contexto, foi realizada um estudo observacional do tipo

transversal, quantitativo, com aplicação do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) – Brasil versão profissionais extensa, para médicos e enfermeiros das eSF e para equipes de atenção básica (eAB) da APS de Nova Lima, em Minas Gerais (Brasil, 2020). Haja vista que para se obter um resultado fidedigno faz-se necessário reunir o máximo de informações disponíveis, envolver a participação de diferentes agentes que compartilhem o interesse coletivo na avaliação realizada e primar pelo rigor metodológico (Ribeiro; Scatena, 2019), foi proposta a Oficina de Avaliação da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima (MG), como Produto Técnico Tecnológico (PTT), exigência para os mestrados profissionais no país, que se configurou como evento organizado. Idealizada durante o curso da disciplina “Produção Técnica para o Aprimoramento da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde”, ofertada pela coordenação nacional do PROFSAÚDE, no segundo semestre de 2023, a oficina objetivou apresentar os resultados obtidos na pesquisa com médicos e enfermeiros, utilizando-se o PCATool-Brasil versão profissionais extensa, para os gestores do município, visando a uma análise crítica dos resultados obtidos e à construção de propostas de melhorias para a APS de Nova Lima (MG). Esse evento ocorreu em 26 de abril de 2024 e contou com 24 participantes. O PTT elaborado encontra-se disponível no Repositório da UFOP, acessível pelo endereço: <https://www.repositorio.ufop.br>.

2. MÉTODO

2.1. Etapa 1: Produção do Conhecimento

O município de Nova Lima (MG) está situado na região metropolitana de Belo Horizonte. Tem um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) muito próximo ao da capital mineira, de 0,813, considerado muito alto (IBGE, 2010). Segundo o Censo de 2022, possui uma população de 111.697 pessoas (IBGE, 2022). A maior densidade populacional encontra-se na faixa etária de adultos, semelhante à distribuição etária da população brasileira, sendo 50,1% de sua população exclusivamente usuária do SUS. A Estratégia Saúde da Família foi implantada em Nova Lima (MG) em 2006 e, em abril de 2024, o departamento de atenção básica possuía 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um ponto de apoio, onde atuavam 30 eSF, duas Equipes de Atenção Básica (eAB), sete polos do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, denominados à época de NASF (atualmente eMulti), 24 equipes de saúde bucal e duas equipes de atenção primária – uma prisional e outra psicossocial. As UBS funcionam, em sua maioria, das 7h às 17h, com exceção de cinco unidades, onde atua uma equipe volante com horário estendido que mantém o funcionamento dessas unidades, em pelo menos um dia da semana, até as 20h e de

duas UBS que compuseram a terceira eSF, em abril de 2024. Essas últimas apresentavam, portanto, critérios para adesão ao Programa Saúde na Hora (Brasil, 2020), que definia a permanência das UBS em funcionamento por 60 horas por semana, sendo 12 horas das segundas às sextas-feiras ou 11 horas das segundas às sextas-feiras e mais cinco horas no sábado ou no domingo. Em Nova Lima (MG), essas UBS passaram a funcionar das 7h às 20h, das segundas às sextas-feiras.

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, por meio de estudo observacional transversal com os médicos e enfermeiros das eSF e eAB, com coleta de dados no período de julho a setembro de 2023. A população-alvo foi 44 profissionais que estavam atuando na mesma equipe há mais de seis meses, não atuavam como feristas, não estavam licenciados profissionalmente durante a coleta de dados e que concordaram em participar do estudo. Foram excluídos os profissionais das equipes de atenção primária prisional, devido às particularidades da população atendida (apenas homens adultos e idosos privados de liberdade), que poderiam impactar a análise de alguns componentes do instrumento destinado a avaliar também a oferta de serviços ao público infantil e feminino. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário semiestruturado que continha questões sobre o perfil sociodemográfico dos participantes e questões do PCATool-Brasil versão profissionais extensa. O questionário foi disponibilizado por meio de formulário do *Google Forms*®. O acesso ao formulário foi permitido exclusivamente aos funcionários da APS por meio de grupo de *WhatsApp* institucional, após assentimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados da análise das respostas obtidas dos 24 participantes (54,5% do público-alvo estimado para a pesquisa) estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise descritiva dos escores dos componentes do PCATool-Brasil versão profissionais extensa, Nova Lima, 2023.

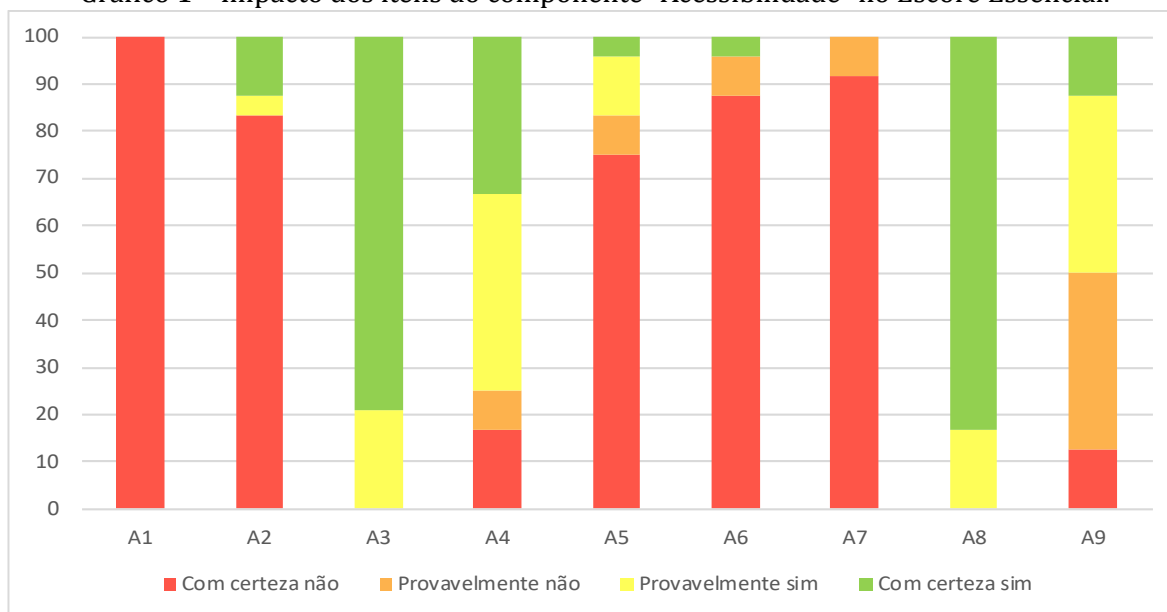
Componente/Escore	Média ± desvio-padrão
Componente A (Acessibilidade)	3,8 ± 0,9
Componente B (Longitudinalidade)	7,0 ± 1,2
Componente C (Integração de cuidados)	7,3 ± 0,9
Componente D (Sistemas de informações)	6,6 ± 1,4
Componente E (Serviços disponíveis)	7,9 ± 0,9
Componente F (Serviços prestados) *	8,1 ± 1,1
Componente G (Orientação familiar) *	7,6 ± 2,2
Componente H (Orientação comunitária) *	7,4 ± 2,2
Escore Essencial da APS	6,8 ± 0,6
Escore Geral da APS	7,0 ± 0,7

Fonte: Autoria própria (2024).

* Para os Componentes F, G e H o número de respostas válidas foi 23.

O PCATool define que um adequado grau de orientação ao atributo analisado expressa-se por escore maior ou igual a 6,6. Observa-se, na Tabela 1, que apenas o escore do componente “Acessibilidade”, vinculado ao atributo “Acesso”, não obteve o valor de referência para uma adequada qualidade. A análise das questões avaliadas nesse componente encontra-se expressa no Gráfico 1. As respostas estão apresentadas em cores, variando de “com certeza não” (em vermelho) a “com certeza sim” (em verde).

Gráfico 1 – Impacto dos itens do componente “Acessibilidade” no Escore Essencial.



Legenda – Perguntas extraídas do instrumento PCATool-Brasil versão profissionais extensa para o componente acessibilidade (Brasil, 2020):

A1: “O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo”?

A2: “O seu serviço de saúde está aberto em pelo menos algumas noites, em dias úteis, até as 20h”?

A3: “Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia”?

A4: “Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (WhatsApp, Telegram, WeChat, Skype, Hangout, e-mail), se acreditam ser necessário”?

A5: “Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato por ferramenta de comunicação virtual (WhatsApp, Telegram, WeChat, Skype, Hangout, e-mail) que possam contatar”?

A6: “Quando o seu serviço de saúde está fechado, no sábado e no domingo, e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia”?

A7: “Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoecer, durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite”?

A8: “É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, *checkup*), no seu serviço de saúde”?

A9: “Em média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)”?

Fonte: Autoria própria, adaptado de Brasil (2020).

Uma vez que o componente “Acessibilidade” no instrumento do PCATool-Brasil versão profissionais extensa limita-se a analisar apenas nove itens referentes à acessibilidade, não

incorporando a análise do universo mais amplo do atributo “Acesso”, a proposta da Oficina, PTT eleito para este trabalho, objetivava explorar aspectos integrais do acesso, no município analisado, a partir da apresentação dos resultados aos gestores de Nova Lima (MG), com construção colaborativa de propostas de melhorias.

2.2. Etapa 2: Criação do Produto

A “Oficina de Avaliação da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima, Minas Gerais” configura-se como um evento organizado, definido pela CAPES como “produto da atividade de divulgação e de propagação do conhecimento técnico-científico pelo Programa de Pós-graduação para público acadêmico ou para o público em geral, por meio de atividades formalmente concebidas” (2019). A oficina foi planejada para os 15 gerentes das UBS; um gerente da eMulti; quatro gestores da Secretaria Municipal de Saúde, cujas funções desempenhadas eram as de subsecretária, diretora da Atenção Básica, gestor responsável pela extração de dados nos sistemas de informações em saúde do município e diretora do setor de educação permanente; quatro residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário Ciências Médicas, em parceria com o Município de Nova Lima (MG), totalizando 24 participantes convidados.

Planejada durante o curso da disciplina optativa “Produção Técnica para o Aprimoramento da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde” ofertada pela coordenação nacional do PROFSAÚDE, no segundo semestre de 2023 (Quadro 1), e foi realizada em 26 de abril de 2024, no espaço de Educação Permanente em Saúde do município. Na avaliação do questionário, segundo proposição da CAPES, observa-se que o evento se encaixa melhor na descrição de Atividade Técnica-Tecnológica, avaliada com 76% da pontuação máxima de grau de importância do produto (CAPES, 2020). Adicionalmente, a Oficina possui um caráter de produção com médio teor inovativo, haja vista que iniciou-se a partir dos resultados da avaliação realizada pelo PCATool-Brasil versão profissionais extensa, instrumento amplamente conhecido para avaliação da APS, no mundo, que adota uma metodologia quantitativa e que incorporou na Oficina uma análise qualitativa realizada pelos gestores do município, agregando aspectos não previstos no questionário inicialmente utilizado com médicos e enfermeiros.

Quadro 1 – Planejamento da Oficina de Avaliação da APS de Nova Lima, Minas Gerais, 2024.

Item	Descrição	Responsável	Material necessário	Duração	Horário
1	Entrega dos termos de LGPD e assinatura da folha de presença. Entrega dos manuais dos participantes. Check in	Bruna		15 min	08:00 às 08:15
2	Abertura do evento - fala da Secretária da AB de Nova Lima e Diretora da Atenção Básica	Dayanna e Karla		15 min	08:15 às 08:30
3	Apresentação da autora Bruna Calado Pena (10 min)	Bruna		10 min	08:30 às 08:50
4	Apresentação dos participantes			30 min	08:50 às 09: 20
5	Prática de <i>Mindfulness</i>	Bruna	Som	10 min	09:20 às 09:30
6	Apresentação objetivos avaliativos da APS de Nova Lima	Bruna	Datashow, internet	50 min	09:30 às 10:20
7	Intervalo para lanche	Bruna		30 min	09:50 às 10:30
8	Reconhecimento do instrumento da pesquisa			40 min	10:30 às 10:50
9	Apresentação metodologia e resultados	Bruna		40 min	10:50 às 11: 30
10	Dúvidas, apontamentos	Bruna	Manual do participante	30 min	11:30 às 12:00
11	Almoço			01:30	12:00 às 13:30
12	Atividade de conexão e centramento	Bruna	Música	10 min	13:30 às 13:40
13	Formação dos grupos, escolha dos líderes			10 min	13:40 às 13:50
14	World Café: acessibilidade	Participantes		60 min	13:50 às 14:50
15	Apresentação dos grupos	Participantes		30 min	14:50 às 15:20
16	World Café: sistemas de informações	Participantes		60 min	15:20 às 16:20
17	Apresentação dos grupos	Participantes		30 min	16:20 às 16:50
18	Encerramento + avaliação	Bruna e participantes		10 minutos	16:50 às 17:00

Fonte: Autoria própria (2024).

3. RESULTADOS ESPERADOS

A partir de uma demanda espontânea, a Oficina alcançou um alto impacto, ao fornecer aos gestores uma compilação dos aspectos do acesso à APS municipal, permitindo a construção de propostas de melhorias para os pontos de fragilidade apresentados e, dessa forma, alcançou o objetivo de solução de um problema previamente identificado. A Oficina teve como área de impacto o setor da saúde, haja vista que o objeto final de análise é a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde na APS municipal. Possui característica de replicabilidade em nível local (no próprio município) e para outros municípios, com médio grau de complexidade e médio teor inovativo, de acordo com a CAPES (2020).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

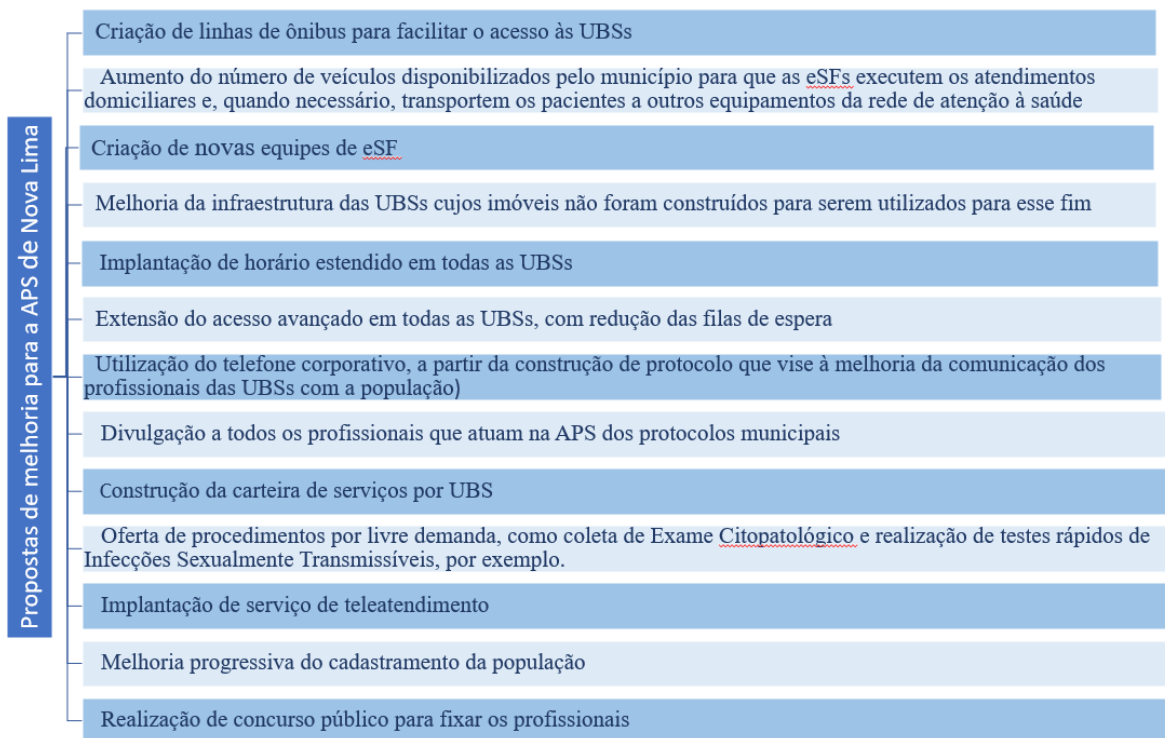
Partindo da análise dos resultados da pesquisa realizada com médicos e enfermeiros pelo PCATool-Brasil versão profissionais extensa, foi proposta aos participantes da Oficina a análise do atributo “Acesso de primeiro contato no município” a partir de quatro questões direcionadoras:

- 1) Fortalezas para ofertar acessibilidade/ acesso nas UBS de Nova Lima (MG);
- 2) Desafios para ofertar acessibilidade/ acesso nas UBS de Nova Lima (MG);
- 3) Recursos de que a equipe dispõe para superar os desafios enfrentados no âmbito da APS;
- 4) Como melhorar acessibilidade/ acesso na APS de Nova Lima (MG).

A análise realizada pelos participantes da Oficina foi além dos itens abordados no questionário do PCATool-Brasil versão profissionais extensa, que focavam apenas o componente “Acessibilidade”. Foram mencionados aspectos geográficos como morros, áreas descobertas pela APS e precariedade de infraestrutura de algumas UBS. Apontamentos que ultrapassaram este componente merecem destaque: a) quanto aos profissionais, falta de atendimento humanizado, desqualificação profissional e integração frágil entre membros da equipe; b) quanto à estruturação dos serviços, limitação de oferta de vacina BCG a algumas UBS e dias específicos da semana, superdimensionamento da população cadastrada por equipe, rotatividade de profissionais, despreparo das equipes para atendimento de pessoas com deficiência; e, c) quanto aos sistemas de informação, prontuário eletrônico não integrado a toda rede de atenção à saúde e centralização da atividade de extração de relatórios em um único profissional da Diretoria de Atenção Básica.

As propostas apresentadas pelos participantes da Oficina estão descritas na Figura 2. É possível observar que a Oficina conseguiu organizar propostas de forma mais direcionada para os problemas de acesso à APS municipal, tornando-se um recurso útil para os gestores implantarem melhorias que sejam custo-efetivas para as necessidades locais.

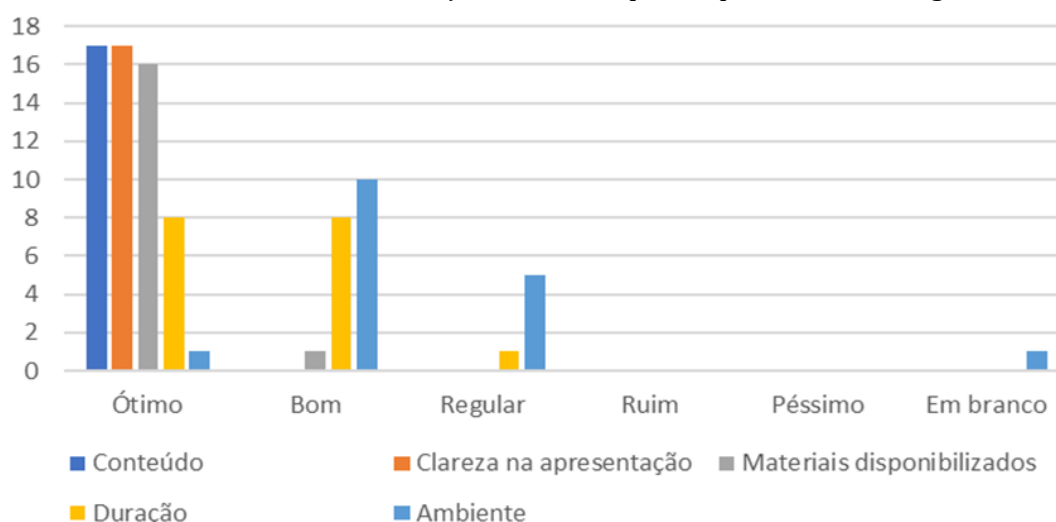
Figura 2 – Propostas apresentadas pelos participantes da Oficina de Avaliação da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima, Minas Gerais, 2024.



Fonte: Autoria própria.

Ao final da oficina foi solicitada a avaliação pelos participantes, de forma voluntária e anônima. Os resultados da avaliação realizada pelas 17 pessoas que responderam o questionário, encontram-se apresentados no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Resultados da Avaliação dos Participantes para o Evento Organizado.



Fonte: Autoria própria (2024).

As sugestões e críticas apresentadas em campo livre da folha de avaliação foram as seguintes:

- “Os temas/conteúdos são bem abrangentes e, com isso, o tempo utilizado pode ter sido pouco para tantas discussões”;
- “Uso de microfone, cortinas, ventiladores”;
- “Muito calor”;
- “Aquisição de aparelho de ar-condicionado para o espaço de educação”;
- “Promover, replicar a capacitação para os profissionais”;
- “Sugiro que seja disponibilizado material final, como ferramenta para buscarmos caminhos para efetivar as melhorias necessárias e para que a gestão da Secretaria de Saúde possa dar o suporte necessário para tal”;
- “Apresentação extremamente rica e proveitosa”.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da oficina para apresentar os resultados da aplicação do PCATool-Brasil versão profissionais extensa, aos gestores do município, mostrou-se uma ótima estratégia para ampliar a análise dos atributos da APS.

As questões do questionário que impactaram no pior escore obtido para o componente “Acessibilidade” versavam sobre o funcionamento da UBS em horário estendido e o acesso do paciente à equipe, quando o serviço está fechado.

A realização da oficina enriqueceu a análise do acesso à APS de Nova Lima (MG), ao contemplar fatores relativos a profissionais, sua formação, seu treinamento, fluxos de trabalho, organização das agendas e sistemas de informação utilizados, tornando o diagnóstico realizado mais próximo da complexidade real da APS. A disponibilização desses resultados para a Diretoria de Atenção Básica, que será efetivada na disponibilização de relatório técnico conclusivo, permitirá a incorporação das medidas sugeridas nas implementações de melhorias para a APS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary Care Assessment Tool***, PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Adesão ao Programa Saúde na Hora**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2019/06/instrutivoProgramaSaudeNaHora.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2023.

CAPES. Ministério da Educação. **Produção Técnica**. Grupo de Trabalho. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em 30 outubro. 2023.

CAPES. Ministério da Educação. **Considerações sobre Classificação de Produção Técnica e Tecnológica (PTT)**: Enfermagem. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/documentos/avaliacao/ENF_ConsideraessobreClassificaodeProduoTcnicaeTecnolgi ca.pdf. Acesso em: 03 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/nova-lima.html/>. Acesso em: 28 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 05 fev. 2023.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Contexto Brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 95-110, abr.-jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/yLfJLfvdRsMcrNJ6yCygdmH/>. Acesso em: 28 out. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 05 fev. 2023.

CAPÍTULO IX

TRANSCENDENDO PRECONCEITOS: FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO A TRAVESTIS E TRANSEXUAIS EM DUQUE DE CAXIAS (RJ)

Bruno da Silva Ferraz
Cláudia Regina Santos Ribeiro

DOI: 10.51859/ampla.dga932.1125-9

1. INTRODUÇÃO

A garantia de acesso universal e igualitário e de acolhimento nos serviços de saúde ainda se constitui um desafio em diferentes cenários, para diversos sujeitos que demandam por atendimentos de saúde em suas especificidades, incluída aí a população transexual e travesti. É sabido que essas populações são particularmente vulneráveis e se encontram no centro de diversas formas de opressão, sendo frequentemente alvos de preconceitos e discriminações extremas no Brasil, estando relegadas ao esquecimento e à invisibilidade e injustiça, sofrendo múltiplas formas de apagamento social e político (Simpson, 2015). No sistema de saúde não costuma ser diferente, na medida em que o desrespeito às identidades de gênero se materializa no cotidiano dos serviços, pelo desrespeito ao nome social e outras formas de manifestação de transfobia e travestifobia, de forma a excluir esta população do sistema de saúde (Ahmad, 2020; Dantas, 2021).

Identidade de gênero diz respeito à experiência de uma pessoa com seu próprio gênero, a como ela se reconhece, independente do sexo biológico e do gênero atribuído no nascimento: é, portanto, autodeterminada. Sendo assim, uma pessoa pode se reconhecer como cisgênera, quando há identificação com o gênero atribuído ao nascer e o sexo biológico; transexual e travesti, quando não há identificação com o sexo e o gênero atribuídos ao nascimento; ou não-binária, quando não se reconhece em nenhum gênero em específico, ou mesmo transita entre estes (Jesus, 2012; Ribeiro *et al.*, 2022). Butler (2013) afirma que identidade de gênero não é algo inato ao ser humano, mas sim construído e performado dentro de contextos sociais e culturais específicos. Butler (2013) critica a concepção de gênero como uma categoria binária – homem/mulher, feminino/masculino – e argumenta que o binarismo de gênero é imposto pela cultura e pela sociedade, e que muitas pessoas não se adequam a essa divisão.

Segundo Pereira e Chazan (2019), transfobia é o termo usado para descrever a repulsa e/ou preconceito contra pessoas trans, resultando em discriminação e sofrimento em várias áreas de suas vidas. A exclusão social causada pela transfobia é evidenciada pela realidade de menor nível de escolaridade, subemprego e envolvimento em prostituição que muitas dessas pessoas enfrentam, especialmente em grandes cidades. De acordo com Mota *et al.* (2022), transfobia institucional refere-se à violência e violação de direitos direcionados às pessoas trans, por meio do preconceito, invisibilização, exclusão e morte (civil, simbólica e biológica) nos mais diversos espaços públicos, incluindo as unidades de saúde, tendo como indutores principais a intolerância, desrespeito, rejeição, aversão e a pretensão de reforçar e garantir o modelo cisheteronormativo de gênero.

Episódios de transfobia são diariamente praticados por profissionais da saúde, em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), configurando barreiras para o acesso à saúde por esta população. O desrespeito ao nome social apresenta-se como uma das principais formas de discriminação presentes no cotidiano dos serviços de saúde: a discriminação muitas vezes inicia-se nas recepções, com o desrespeito ao nome social e a discriminação por meio da produção de situações vexatórias por profissionais (Rocon *et al.*, 2019).

O despreparo dos profissionais para compreender e acolher as especificidades e as demandas trazidas têm provocado o não acesso e o distanciamento dessas pessoas dos serviços de saúde. Muitas vezes, o efetivo acompanhamento em uma unidade de saúde se dá após a descoberta de algum diagnóstico (não relacionado à transexualidade), o que poderia ter sido evitado caso o acesso às unidades básicas de saúde fosse devidamente disponibilizado (Gomes *et al.*, 2021; Santos, 2022). Além disso, Rocon *et al.* (2019) apontam que o despreparo dos profissionais traz como consequências uma alta taxa de absenteísmo, abandono dos tratamentos em saúde em andamento, além de resistência em procurar serviços de saúde quando do adoecimento.

Ao violar, negar e excluir a população trans dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), o sistema de saúde, indiretamente, condena suas vidas a uma condição ainda maior de vulnerabilidade, contribuindo para o aumento das estatísticas de mortes por doenças evitáveis. Isso representa uma falha no cumprimento dos princípios constitucionais básicos, como os direitos individuais e coletivos à vida, igualdade, dignidade, segurança e liberdade, concluem Rocha e Sampaio (2022).

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde lançou políticas públicas que têm por objetivo mitigar os preconceitos aos quais a população LGBTQUIAP+ vêm sendo submetida, incluindo políticas específicas destinadas à população travesti e transexual. Entretanto, conforme

apontam Elias *et al.* (2022), pessoas LGBTQUIAP+ enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde, privando essas pessoas de um cuidado adequado, contribuindo para disparidades de saúde, permanecendo, de modo geral, invisível aos serviços de APS (Mello *et al.*, 2011).

Os produtos técnico-tecnológicos (PTT) desenvolvidos no âmbito do mestrado profissional em saúde têm como objetivo central conectar o conhecimento científico com as demandas práticas do SUS. Essa modalidade de pós-graduação busca responder a problemas concretos identificados no campo de prática, qualificando processos e fortalecendo a gestão, a educação e a APS. A elaboração desses produtos é uma das principais interfaces entre a produção acadêmica e os serviços e comunidades em que os pesquisadores atuam profissionalmente, garantindo que o conhecimento gerado durante o mestrado tenha impacto direto no cotidiano dos profissionais e usuários do SUS. Estes produtos não apenas qualificam as práticas dos profissionais da saúde, mas também inovam ao introduzir ferramentas e conhecimentos aplicáveis ao SUS, superando desafios comuns à implantação desses projetos. Programas como o PROFSAÚDE vêm aprimorando a trajetória de construção desses produtos, visando disseminar e consolidar as inovações em diferentes realidades do SUS (Teixeira *et al.*, 2024).

No município de Duque de Caxias, localizado no Estado do Rio de Janeiro, a realidade encontrada não é diferente: do ponto de vista da organização dos serviços de saúde e da formação profissional, por exemplo, nenhuma ação institucional concreta destinada às pessoas travestis e transexuais foi realizada. Portanto, não existem registros de processos/projetos de sensibilização e educação permanente direcionados aos profissionais da RAS, em particular na APS, para a promoção do acesso, acolhimento e atenção a estas pessoas. Da mesma forma, em pesquisa que originou esse artigo, constatamos a discrepância entre o número real de pessoas trans cadastradas nos territórios informados pelas unidades e os dados registrados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) pelos agentes comunitários de Saúde (ACS). Essa discrepância revela o desconhecimento dos ACS sobre identidades de gênero e tende a prejudicar possíveis planejamentos de ações de saúde para essa população.

Diante deste cenário, a pesquisa que originou este artigo buscou, através de entrevistas, conhecer as experiências de travestis e transexuais em sua busca por cuidados nos serviços de saúde do município de Duque de Caxias (RJ), identificar seus anseios e principais demandas de saúde. Os resultados da pesquisa evidenciaram a necessidade de sensibilização e formação dos/as profissionais de saúde para a promoção do efetivo acesso, acolhimento e cuidado da população transexual e travesti do município. E como resposta à estas demandas, que não

poderão ser atendidas sem uma melhor qualificação dos profissionais de saúde, foram elaboradas ações de Educação na Saúde voltadas para esses profissionais: dois cursos de formação para os/as que atuam na APS e um guia, que será distribuído de forma virtual para toda a RAS do município, produtos que serão apresentados nesse artigo.

2. METODOLOGIA

O estudo em questão, de abordagem qualitativa, consistiu em uma pesquisa de campo, de caráter exploratório e descritivo. O cenário do estudo foi o município de Duque de Caxias (RJ), localizado na Baixada Fluminense, e os locais de realização das entrevistas foram sete Unidades de Saúde da Família (USF) do município e o Centro de Cidadania LGBT Baixada I.

Entre outubro de 2023 e fevereiro de 2024 foram conduzidas quinze entrevistas e os locais, datas e horários das entrevistas foram determinados pelos/as próprios/as participantes. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador a partir de um roteiro semiestruturado e o material foi transcrito pelo mesmo. O número total de participantes foi definido pelo método da saturação teórica, técnica amplamente utilizada em pesquisas qualitativas para determinar quando os dados coletados começam a se repetir e nenhum novo *insight* é obtido (Fontanella *et al.*, 2011).

Todos/as os participantes são usuários do sistema de saúde em Duque de Caxias (RJ) identificados como mulheres e homens transexuais e travestis. A maioria dos/as participantes (doze) está na faixa etária de 20 a 30 anos. Todas as entrevistas foram precedidas da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com relação à análise dos dados, tomamos os preceitos da Análise de Conteúdo de Bardin, mas nos apoiamos na proposta de Oliveira (2008).

3. PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO 1 – CURSO DE FORMAÇÃO PARA OS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS (RJ)

A presente pesquisa é parte do projeto “Gênero, sexualidade, diversidade e direitos em saúde”, CAAE nº69204723.8.0000.8160, que tem como pesquisadora responsável a Prof.^a Dr.^a Cláudia Regina Santos Ribeiro, docente do PROFSAÚDE/UFF, aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, com parecer número nº6.168.379.

Elaboramos e realizamos um curso de formação inicial para profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que teve os objetivos de sensibilizar e discutir questões centrais relativas à população LGBTQUIAPN+. O curso foi organizado e realizado pelos pesquisadores em parceria

com o Núcleo de Educação Permanente do Departamento de Atenção Primária (DAP) do município, ao qual o pesquisador principal é vinculado. O curso, com duração de oito horas divididas em dois turnos no mesmo dia, teve duas edições: a primeira no dia 8; e, a segunda, em 31 de maio de 2023. A realização em duas datas foi necessária devido ao grande número de participantes convocados. No primeiro dia, participaram 43 profissionais, e, no segundo, 72.

Por ser, para muitos profissionais, o primeiro contato com as temáticas, foram realizadas palestras ministradas pelo pesquisador em parceria com a equipe do Núcleo de Educação Permanente, além da presença de dois convidados/as, em ambos os dias: o representante do Centro de Cidadania LGBT Baixada I, Leandro Gracioli, e a assistente social Márcia Cristina Brasil Santos, coordenadora ambulatorial do Processo Transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) e referência nas discussões e pesquisas sobre saúde da população trans. Os profissionais foram recepcionados pela equipe do Núcleo de Educação Permanente e, de modo geral, mostraram-se atentos às discussões. Em especial, a apresentação de Márcia Brasil foi amplamente elogiada pelos participantes.

Figura 1 – Oficinas sensibilização e formação para profissionais de saúde.



Fonte: Acervo pessoal.

Durante a atividade, ficou evidente que muitos profissionais desconheciam os temas abordados, o que se evidenciava pelas perguntas e expressões de surpresa. Notou-se, por exemplo, uma significativa confusão entre os conceitos de orientação sexual e identidade de gênero. Um exemplo disso ocorreu quando foi apresentado um caso de relacionamento entre um homem trans e uma travesti, descrito pela palestrante como uma relação heterossexual, gerando surpresa e estranhamento por parte dos presentes.

Ao final, solicitamos que os participantes fizessem uma avaliação da atividade, o que apresentou resultados bastante positivos, com 93,3% tendo considerado o tema relevante para sua formação e atuação profissional. Algumas das mensagens recebidas foram: “Assunto relevante que necessita ser discutido”; “Foi bem esclarecedor, profissionais qualificados com linguagem clara nas explicações”; “Um tema desafiador, e com certeza foi muito esclarecedor, vemos como precisamos mudar nosso olhar e que não são pessoas invisíveis, merecem todo respeito e atenção”; “Só tenho a agradecer tudo o que foi abordado, tanto a palestra e organização da palestra. Me acrescentou demais como profissional da saúde!!!”.

4. PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO 2 – CURSO DE FORMAÇÃO PARA APOIADORES INSTITUCIONAIS

Diante das dificuldades dos/as ACS na compreensão de conceitos fundamentais sobre identidade de gênero, reveladas pelos achados da pesquisa, decidimos oferecer um curso de formação específico para os/as 326 ACS do município. Nesse curso, abordaríamos três grandes temas de discussão: questões de gênero e sexualidade; acolhimento e especificidades de saúde da população trans; direitos, políticas e combate à transfobia. Entretanto, ao apresentar a proposta à direção do DAP da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o curso não foi aprovado sob a justificativa de que os/as ACS não poderiam se ausentar de seus locais de trabalho para participar de cursos e capacitações. Como alternativa, redirecionamos o curso para os/as apoiadores institucionais das equipes de Saúde da Família (eSF), para que estes possam posteriormente replicá-lo junto às equipes em que atuam.

Os apoiadores institucionais são profissionais de nível superior responsáveis pelo acompanhamento do processo de trabalho das equipes de saúde da família, tendo como um dos objetivos estreitar o elo entre profissionais da ponta e da gestão. Cada apoiador é responsável, em média, por dez eSF, e grande parte de suas atividades se desenvolve diretamente nas USF, em contato próximo com os profissionais. Acreditamos que pela proximidade desses profissionais com todos os profissionais das USF nosso objetivo inicial de alcançar os ACS será cumprido.

Figura 2 – Convite para o curso de formação para apoiadores institucionais.



Curso de Formação para Apoiadores Institucionais

Tema: Promoção da Saúde da População Trans no Município de Duque de Caxias

Ementa: Em resposta às demandas de saúde da população travesti e transexual do município de Duque de Caxias, a SMS oferta este curso em que serão discutidos os seguintes temas: aspectos centrais para a promoção do acesso, acolhimento e cuidado da população transexual e travesti na APS em Duque de Caxias; Políticas de Saúde para a População Trans e Processo Transexualizador no SUS. O objetivo é a construção de um espaço para discussão e formação sobre esses assuntos e que os/as Apoiadores Institucionais do DAP sejam capazes de orientar profissionais de saúde da APS sobre essas temáticas.

Formato: Os encontros serão conduzidos no formato de rodas de conversa pelo Assessor técnico do DAP, Bruno da Silva Ferraz.

Carga Horária: 9h, divididas em três encontros de três horas em semanas consecutivas.

Local: Auditório da Prefeitura Municipal de Duque de Caxias

A avaliação será do tipo formativa, sem o objetivo de gerar notas.

Após as inscrições, será disponibilizado um referencial teórico básico para melhor acompanhamento das discussões.

Até lá!

Fonte: Elaboração própria.

5. PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO 3 – GUIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Inicialmente, o Guia contemplaria especificamente os/as ACS e teria seus temas centrais discutidos de forma horizontal e dialógica entre os/as pesquisadores e esses profissionais, durante o curso de formação. Entretanto, sem a possibilidade de realização do curso, a elaboração da cartilha ficou a cargo somente dos pesquisadores. Devido a esta situação, optamos então em produzir uma cartilha mais geral, direcionada a todos os profissionais da APS. Algumas páginas do guia são apresentadas a seguir:

Figura 3 – Guia destinado aos profissionais de saúde.



Fonte: Elaboração própria.

Com a anuência da direção do DAP da SMS, o Guia está sendo elaborado e sua distribuição será feita de forma eletrônica, disponibilizada na *homepage* do Núcleo de Educação Permanente do DAP e enviada pelo *WhatsApp* para os profissionais das unidades da APS e para os apoiadores institucionais. Optamos por essas estratégias de distribuição pela possibilidade de alcance e, no caso dos apoiadores, pela capilaridade de sua atuação na rede e porque realizarão o curso de formação, estando melhor capacitados a discutir com os profissionais, maximizando o potencial formador do Guia.

Esse Guia terá 10 páginas ilustradas por computação gráfica e trará como centrais os seguintes temas: gênero e sexualidade; transexualidade e travestilidade; saúde da população trans; direitos humanos e das pessoas trans; políticas de saúde voltadas para a população trans; especificidades de saúde da população trans; processo transexualizador/hormonização cruzada; serviços do processo transexualizador na rede estadual de saúde.

Há a possibilidade de o Guia ser replicado para que atenda profissionais de outros níveis da atenção, como os/as que atuam nas unidades de atenção secundária e terciária do município. Consideramos essa possibilidade porque não foram encontrados nos diferentes departamentos da SMS documentos ou relatos de inclusão de temáticas relacionadas às pessoas travestis e transexuais em cursos de formação, o que demonstra como esses temas permanecem invisíveis nos serviços de saúde, de modo geral.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou os profundos desafios enfrentados por pessoas travestis e transexuais na busca por cuidado nos serviços de saúde no município de Duque de Caxias (RJ), tema que não havia sido objeto de pesquisa ou de investimento institucional até o momento. Evidenciou também que, além das barreiras estruturais e institucionais (comuns à toda população do município), essas pessoas lidam com obstáculos ainda mais complexos, relacionados ao despreparo profissional, exclusão social, ao preconceito e à transfobia. Esses fatores não apenas dificultam o acesso ao cuidado adequado, mas também afetam diretamente sua saúde física e mental, ampliando sua vulnerabilidade em múltiplas dimensões, como educação e trabalho.

Esses achados de pesquisa sobre a busca dessa população por cuidado nos serviços de saúde do município lançaram luz sobre a inconsistência da formação dos profissionais de saúde sobre essas pessoas e suas singularidades de saúde. Evidenciou-se assim a necessidade de investimentos em educação permanente e em cursos de formação continuada para os profissionais de todos os níveis da atenção. E, como resposta, acreditamos que os produtos técnicos e tecnológicos desenvolvidos durante a pesquisa poderão, mesmo que parcialmente,

colaborar na promoção de boas práticas de atendimento para travestis e transexuais residentes em Duque de Caxias (RJ) e para mudanças nos serviços, os tornando mais inclusivos e garantidores de acesso e acolhimento à essa população nas unidades de APS do município.

REFERÊNCIAS

AHMAD, A. F. "Ah, sei lá, só quero ser eu!": significados, saberes e práticas da **hormonização cruzada na saúde de mulheres e homens trans**. 2020. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) —Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Tradução de R. Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

DANTAS, B. R. S. S. **Buscas pelo cuidado: o itinerário terapêutico de transexuais no município de Niterói**. 2021. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) — Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

ELIAS, K. L. *et al.* LGBTQIA+ na atenção básica análise do acesso à porta de entrada da saúde pública/LGBTQIA+ in primary care analysis of access to public health gateway. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 9161-9175, 2022.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2011.

GOMES, M. S. *et al.* Homens transexuais e o acesso aos serviços de saúde: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e2110212018- e2110212018, 2021.

JESUS, J. G. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. **Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**, v. 2, p. 42, 2012.

MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 7-28, 2011.

MOTA, M. *et al.* "Clara, esta sou eu!" Nome, acesso à saúde e sofrimento social entre pessoas transgênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210017, 2022.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, out/dez; 16(4):569-76, 2008.

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. C. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795-1795, 2019.

RIBEIRO, C. R. *et al.* Masculinidades em construção, corpos em (re)construção: desejos, contradições e ambiguidades de homens trans no processo transexualizador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3901-3911, 2022.

ROCHA, F. C.; SAMPAIO, J. V. Percepções de LGBTs sobre o Acesso à Atenção Primária de Saúde na Cidade de Guaiúba, CE. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 99-115, 2022.

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

SANTOS, M. C. B. Protoformas do Processo Transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas Trans no SUS entre 1997 e 2008. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. e22303-e22303, 2022.

TEIXEIRA, C. P. *et al.* **Portfólio de produção técnica e tecnológica do PROFSAÚDE**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 120 p., 2024.

CAPÍTULO X

EDUCAÇÃO PERMANENTE: FORTALECENDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL DA PESSOA IDOSA

Daliana França de Sousa
Paula Fleury Curado
Kelly Cristina Gomes Alves
Maria Sortênia Alves Guimarães Miele

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-10

RESUMO

Objetivo: Realizar a educação permanente, por meio do processo formativo relacionado às principais doenças geriátricas que devem ser manejadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), para o cuidado integral e integrado da pessoa idosa, no município de Palmas, Tocantins. Considerando como parte da formação no PROFSAÚDE, a produção técnica e tecnológica como produto, além de promover novos conhecimentos para fortalecer a APS. **Método:** O processo formativo dos profissionais da APS das Unidades de Saúde da Família (USF) fez parte da quarta fase da pesquisa do mestrado PROFSAÚDE. O público-alvo foram os profissionais médicos e enfermeiros das 34 USF de Palmas. Os seminários ocorreram no período de maio a junho de 2024, com seis encontros presenciais. Utilizou-se a pesquisa-ação de caráter participativo, além da elaboração e adaptação, de acordo com a realidade de Palmas, de fluxogramas de encaminhamento da APS para Atenção Secundária para cada uma das doenças geriátricas elencadas pelos profissionais. **Resultado e discussão:** O papel e eficácia da Educação Permanente em Saúde (EPS) é o meio transformador da realidade profissional no seu ambiente de trabalho em saúde. Denota-se a importância de um fluxograma para a tomada de decisão no processo de trabalho e clínica em queixas geriátricas. A replicabilidade da EPS, além de ser passível de ser realizada, é fundamental que seja ampliada para outras categorias da equipe da APS que prestam cuidados à pessoa idosa. **Considerações finais:** A realização das atividades formativas foi avaliada pelos profissionais como pertinentes e necessárias. Ainda, os encontros atenderam às expectativas, contribuindo na obtenção de novos aprendizados e/ou conhecimentos. A EPS é importante para a consolidação da APS, ordenadora do cuidado no SUS.

Palavras-chave: Educação permanente. Fluxograma. Pessoa idosa. Profissionais de saúde.

1. INTRODUÇÃO

A Educação Permanente, instituída por diversas portarias pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004, 2007, 2014, 2023), é fundamental para a transformação das práticas profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no cuidado integral à pessoa idosa, fortalecendo a atuação multiprofissional e/ou interprofissional e a resolutividade clínica das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Nogueira *et al.*, 2019). Em concordância a essa abordagem, o Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (Mestrado profissional PROFSAÚDE) valoriza a aprendizagem ativa, centrada na autonomia e experiência dos mestrandos, com uma estrutura curricular focada nos eixos de atenção, educação e gestão em

saúde (Fiocruz, 2022).

Como parte da formação no PROFSAÚDE, a produção técnica e tecnológica (PTT) final, além de promover novos conhecimentos, busca fortalecer a APS (Teixeira *et al.*, 2024). Dessa forma, com parte do trabalho de conclusão do Mestrado Profissional foi desenvolvido o PTT, com a Educação Permanente em Saúde (EPS) voltada aos profissionais de saúde, a fim de fortalecer o serviço ofertado na APS à população idosa de Palmas (TO).¹

Assim, o atendimento à pessoa idosa na APS é responsabilidade de todos os profissionais da equipe ESF, com vistas ao cuidado longitudinal e integral, com articulação entre os demais níveis de atenção (Brasil, 2006) da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diante disso, surge a questão: A falta de fluxo institucionalizado e a falta de conhecimento dos profissionais da avaliação multidimensional têm impacto no manejo ao cuidado integral da pessoa idosa na APS do município de Palmas, Tocantins?

Nesse contexto, o objetivo deste PTT foi realizar a EPS, por meio do processo formativo relacionado às principais doenças geriátricas que devem ser manejadas pelos profissionais da APS, para o cuidado integral e integrado da pessoa idosa no município de Palmas, Tocantins.

2. MÉTODO

A Etapa 1, produção do conhecimento, constituiu-se do processo formativo dos profissionais da APS das Unidades de Saúde da Família (USF), que fez parte da quarta fase da pesquisa do mestrado PROFSAÚDE, intitulada A utilização da pesquisa-ação como Estratégia de Integração entre a Atenção Primária e Secundária em Saúde do Idoso no Município de Palmas (TO).

Desse modo, o processo formativo dos profissionais da APS foi fruto dessa pesquisa-ação, que é uma ação colaborativa entre pesquisadores e participantes para solução de problemas coletivos (Thiollent, 2011). Assim, a pesquisa-ação de abordagem quantitativa consistiu em cinco fases (revisão da literatura, exploratória, visitas técnicas nas USF, seminários e estruturação dos fluxogramas, proposição do fluxograma e qualificação dos profissionais). A dissertação objetivou investigar as demandas profissionais da APS relacionadas à saúde da pessoa idosa e elaborar fluxogramas de encaminhamento da APS para a Atenção Secundária. As principais conclusões foram: ausência de protocolos e fluxos de encaminhamentos para a APS; identificação das demandas por encaminhamento, os dados demográficos e as doenças mais

¹ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (UFT) (CAAE: 57892122.6.0000.9187) e possui cadastro na Gestão de Projetos Universitários (GPU) da UFT, sob o número 6008.

prevalentes; criação de seis fluxogramas.

A Etapa 2, criação do produto, constitui-se do processo formativo que ocorreu mediante a realização de seminários voltados para os profissionais da APS que assistem à pessoa idosa na ESF do município de Palmas, Tocantins. Os seminários ocorreram no período de maio a junho de 2024, com seis encontros presenciais. O público-alvo foi composto por profissionais médicos e enfermeiros das 34 USF do município, totalizando 40 profissionais, com predomínio do sexo feminino. Foi aplicada a pesquisa-ação de caráter participativo e utilizadas estratégias educacionais, como: apresentação expositiva dialogada, estudos de casos clínicos, gamificação e outras dinâmicas ativas, visando desenvolver o perfil de competência dos profissionais na assistência dentro dos eixos trabalhados. Além disso, houve a elaboração de fluxograma, adaptado à realidade de Palmas, de encaminhamento da APS para a Atenção Secundária para cada uma das doenças geriátricas elencadas pelos profissionais.

A EPS foi fundamentada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2006) e utilizou uma abordagem transformadora, promovendo a construção compartilhada do saber (Freire, 1996; Freire; Nogueira, 2005) para construir e/ou sistematizar conhecimentos, melhorar a assistência à saúde da pessoa idosa, sua qualidade de vida e a autonomia dos profissionais para enfrentar desafios.

Além disso, a EPS foi dialogada com a gestão municipal de Palmas (TO), junto à Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, desde a apresentação do projeto à sua aplicação. Previamente, foram realizadas reuniões presenciais e virtuais para planejamento e para a construção dos Termos de Referências (TR).

Em cada encontro foram elaborados os TR, juntamente com os especialistas e em parceria com o Programa de Educação Permanente Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP). Nesses encontros, apresentaram-se as ementas, métodos e avaliação, bem como as condições necessárias e preparatórias para abordar a adequada avaliação multidimensional da pessoa idosa pelos profissionais da APS. Em seguida, foi realizada a elaboração e adaptação de fluxogramas para regular o acesso das pessoas idosas a outros níveis de atenção do SUS em Palmas (TO).

Nesse sentido, trabalharam-se as seguintes doenças: síndromes demenciais, hipertensão arterial, episódios depressivos, sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), tontura e queda e dor crônica. Essas doenças foram identificadas no levantamento das dificuldades dos profissionais no manejo da assistência às pessoas idosas cadastradas e acompanhadas nas USF do município.

A avaliação das ações considerou o desenvolvimento individual e coletivo, incluindo

responsabilidade, compromisso e trabalho em equipe. Beneficiários foram avaliados por questionário estruturado e participação dialogada.

O projeto de TCM que deu origem a este PTT apresenta aderência à linha de pesquisa “Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis” e enquadra-se como de médio teor inovativo. A defesa e aprovação do TCM por banca examinadora se deu em 30.08.2024.

3. RESULTADOS ESPERADOS

- Impacto educacional/formativo para melhoria da qualidade da assistência da pessoa idosa na APS;
- Fluxogramas elaborados, que poderão ser ajustados para aprimorar a prática;
- Replicação deste PTT na APS para abranger novas categorias profissionais;
- Promoção de um olhar mais holístico e cuidadoso, por parte dos profissionais de saúde, quanto ao cuidado da pessoa idosa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo formativo como estratégia de EPS possibilitou a construção e/ou a sistematização de conhecimentos ao integrar ensino, pesquisa e extensão, promovendo a transferência de saberes acadêmicos para a sociedade (Santos, 2012) e trazendo demandas comunitárias para a universidade, tornando o conhecimento pluriversitário (Rays, 2012; Gonçalves, 2022), contextualizado e aplicável na prática, conforme demonstrado na Figura 1.

Cabe apontar ainda que os seminários foram alinhados às orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS. Tais orientações enfatizam a importância da realização da EPS baseada em problemas reais da prática clínica, pois contribui para maior resolutividade das questões no nível primário da atenção. Isso evita o encaminhamento indiscriminado para o nível secundário e reduz as filas de espera por atenção especializada (Brasil, 2018).

Figura 1 – Registro dos seminários.



Fonte: Acervo pessoal (2024).

Figura 2 – Registro dos seminários.



Fonte: Acervo pessoal (2024).

Nota:

Imagem da esquerda – discussão de estudo de caso no 3º encontro.

Imagem da direita – elaboração de fluxograma com os profissionais no 6º encontro.

De acordo com Ribeiro *et al.* (2024), a revisão de escopo enfatiza o papel e eficácia da EPS como meio transformador da realidade profissional no seu ambiente de trabalho em saúde. Após discussões sobre doenças geriátricas, fluxogramas foram construídos com contribuições dos profissionais e especialistas (Figura 1).

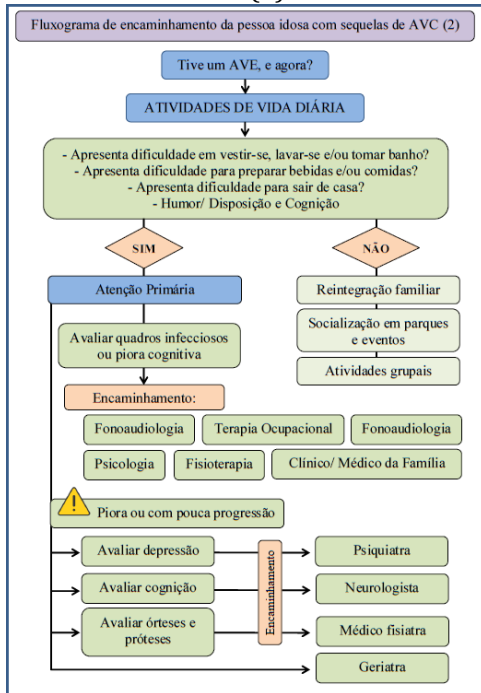
A construção coletiva de fluxogramas é considerada um instrumento rico, pois promove reflexões dos profissionais sobre os desafios enfrentados pelos idosos e permite analisar os processos de trabalho das equipes de APS (Silva *et al.*, 2018). Dessa forma, para regular o acesso e a assistência das pessoas idosas a outros níveis de atenção do SUS, foram criados e adaptados os fluxogramas das principais doenças geriátricas para a realidade de Palmas (TO).

No trabalho de Silva *et al.* (2018) foi desenvolvido um fluxograma analítico em uma unidade de saúde da família em Belo Horizonte (MG), que ajudou a entender o trabalho com idosos e identificar problemas a serem ajustados conforme o PNSPI.

Nesse sentido, o curso ajudou na criação de fluxogramas para padronizar atendimentos e reduzir a sobrecarga nos serviços de geriatria, alinhando-se às demandas da APS em Palmas (TO). Em estudo semelhante, Costa *et al.* (2021) ressaltaram a importância do fluxograma, pois serve como referência para tomada de decisão, de forma rápida e mais assertiva para as síndromes geriátricas. Isso evita equívocos e excessos de encaminhamentos, resultando em um direcionamento mais adequado dos pacientes. Nessa perspectiva, a replicabilidade da EPS é viável e fundamental para incluir outras categorias profissionais da APS. Na percepção dos profissionais, os encontros foram relevantes, com sugestão de mais eventos para aprimorar e atualizar o conhecimento sobre cuidados à pessoa idosa.

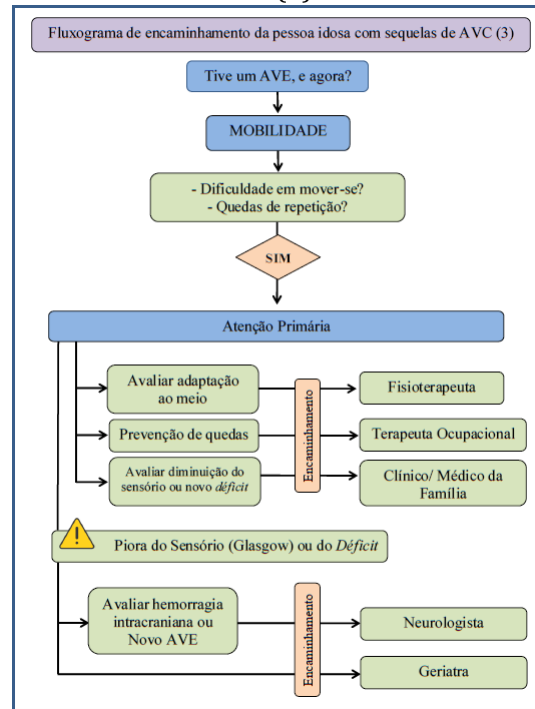
4.1. Fluxogramas de Encaminhamentos

Figura 7 – Fluxograma de encaminhamento da pessoa idosa com sequelas de AVC para uso da APS (2).



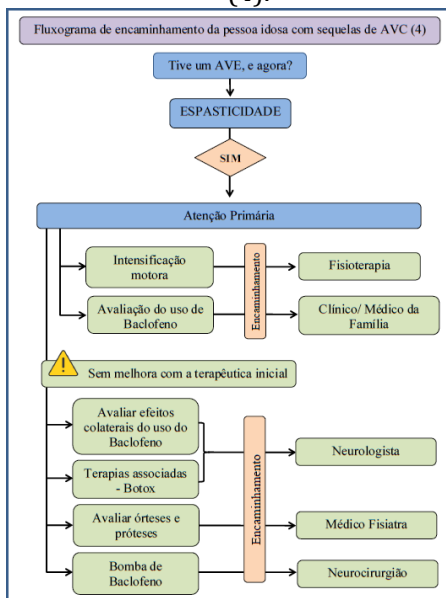
Fonte: Elaborado pelos especialistas e profissionais de saúde da APS, Palmas (TO) (2024).

Figura 8 – Fluxograma de encaminhamento da pessoa idosa com sequelas de AVC para uso da APS (3).



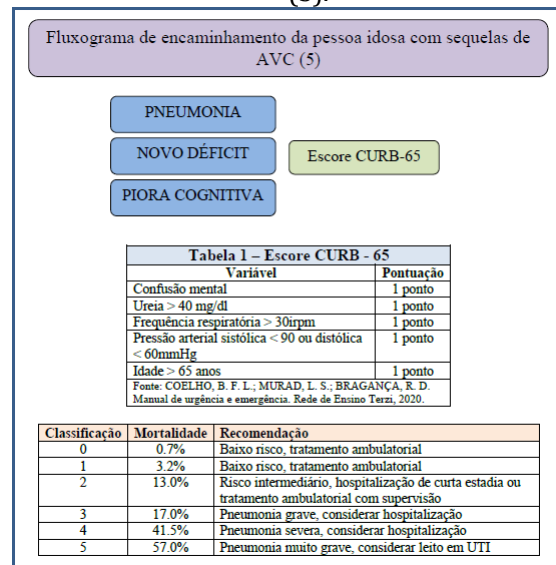
Fonte: Elaborado pelos especialistas e profissionais de saúde da APS, Palmas (TO) (2024).

Figura 9 – Fluxograma de encaminhamento da pessoa idosa com sequelas de AVC para uso da APS (4).



Fonte: Elaborado pelos especialistas e profissionais de saúde da APS, Palmas (TO) (2024).

Figura 10 – Fluxograma de encaminhamento da pessoa idosa com sequelas de AVC para uso da APS (5).

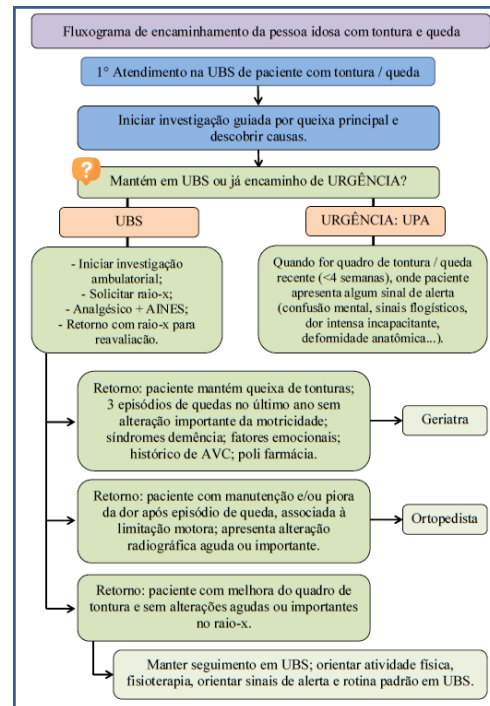


Fonte: Elaborado pelos especialistas e profissionais de saúde da APS, Palmas (TO) (2024).

Figura 11 – Fluxograma de encaminhamento da pessoa idosa com sequelas de AVC para uso da APS (6).



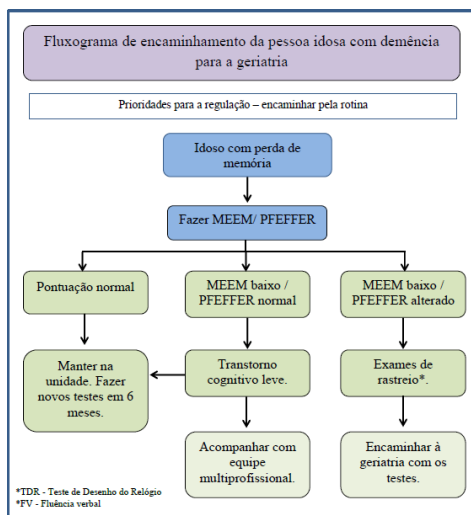
Figura 12 – Fluxograma de encaminhamento da pessoa idosa com tontura e queda para uso da APS.



Fonte: Elaborado pelos especialistas e profissionais de saúde da APS, Palmas (TO) (2024).

Fonte: Elaborado pelos especialistas e profissionais de saúde da APS, Palmas (TO) (2024).

Figura 13 – Fluxograma de encaminhamento da pessoa idosa com demência para a geriatria.²



Com relação à Escala de MEEM e Pfeiffer alterados, fazer exames: hemograma completo, folato, vitamina B12, TSH, T4 livre, uréia, creatinina, sódio, potássio, TGO, TGP, cálcio, lipidograma completo, glicemia em jejum, VDRL. Solicitar tomografia de crânio ou ressonância de crânio (Espírito Santo, 2016). Além disso, encaminhar à geriatria com os testes em mão. Desconsiderar caso o paciente o possua há menos de 6 meses.

Fonte: Elaborado pelos especialistas e profissionais de saúde da APS, Palmas (TO) (2024).

² Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Disponível em:

<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>. Acesso em: 15 mai. 2024. Escala de Pfeiffer (Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD). Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7965421/mod_resource/content/1/Escala%20Pfeiffer%20de%20Atividades%20Instrumentais%20de%20Vida%20Di%C3%A1ria.pdf. Acesso em: 15 mai. 2024.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo formativo identificou as dificuldades dos profissionais da ESF de Palmas- TO no manejo de síndromes geriátricas, destacando a necessidade de continuidade dessas ações. As avaliações dos profissionais confirmaram a pertinência e eficácia das atividades, reforçando a importância da EPS para qualificar a assistência integral à pessoa idosa na APS, essencial como ordenadora do cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.168, de 5 de dezembro de 2023**. Institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – ValorizaGATES-SUS. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília (DF), ano 232, p. 114, 7 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Casa Civil, Brasília, 2014.

BRASIL. **Portaria nº1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 2004.

COSTA, T. N. M. *et al.* Criação e validação de um fluxograma de encaminhamento do paciente idoso para uso do médico não-geriatra. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e129101220304, set. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20304>. Acesso em: 08 jun. 2024.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção à Saúde. **Protocolos de regulação para acesso a consultas e exames especializados**. Vitória: SES, 2016. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Protocolo%20consultas%20e%20exames.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2024.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Mestrado Profissional em Saúde da Família**. Turma Multiprofissional. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz (Selo), 2022. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1b0pK0z5BDu2zUrshDL4WVFUBNqJ2M3Bu/view>. Acesso em: 03 jun. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

GONÇALVES, R. S. D. S. A. *et al.* Relato de experiência e resultados preliminares do estudo pro-eva: uma proposta para o manejo da caderneta de saúde da pessoa idosa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 27, n. 1, 30 dez. 2022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/105228>. Acesso em: 22 jul. 2024.

NOGUEIRA, I. S. *et al.* Older adult care: permanent education practices of the Family Health Support Center. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 53, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018022103512>. Acesso em: 14 jul. 2024.

RAYS, O. A. Ensino-Pesquisa-Extensão: notas para pensar a indissociabilidade. **Revista Educação Especial**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 71-85, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/5034>. Acesso em: 06 jul. 2022.

RIBEIRO, E. R. *et al.* A contribuição da educação permanente na qualificação do trabalho do profissional de saúde: uma revisão de escopo. **Peer Review**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 29-42, 2024. DOI: 10.53660/PRW-1720-3331. Disponível em: <https://www.peerw.org/index.php/journals/article/view/1720>. Acesso em: 10 out. 2024.

SANTOS, M. P. Extensão universitária: espaço de aprendizagem profissional e duas relações com o ensino e a pesquisa na educação superior. **Revista Conexão UEPG**, v. 8, n. 2, 2012. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/conexao/article/view/4547>. Acesso em: 14 jul. 2024.

SILVA, B. G. *et al.* Uso do fluxograma analisador com foco na atenção à pessoa idosa em um serviço de saúde de Belo Horizonte – MG. **Sinapse Múltipla**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 165-170, 18 dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/sinapsemultipla/article/view/18878>. Acesso em: 27 out. 2024.

TEIXEIRA, C. P. *et al.* (orgs.). **Portfólio de produção técnica e tecnológica do PROFSAÚDE**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, p. 15, 2024. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/04/PORTFOLIO-FIOCRUZ-12-1.pdf>. Acesso em: 12 out. 2024.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAPÍTULO XI

OFICINA DE DANÇATERAPIA E RELAXAMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PARANÁ

Giovanna Cassia Amaro Zanelatto
Tereza Jurgensen
Jainy da Costa Rosa
Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Sabrina Stefanello

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-11

1. INTRODUÇÃO

A descoberta do Clube de Dança da UFPR em 2018, com suas aulas gratuitas e trocas de saberes de forma horizontal entre professores de dança e colegas de diversos cursos e profissões, foram adubo. Fomentaram em mim a vontade de levar para além do meu próprio corpo aquele cuidado e prazer que a dança me proporcionou. Naquele momento, no terceiro semestre do curso de medicina e ainda vivenciando um luto profundo, eram muitos os questionamentos sobre a vida. A medicina hospitalocêntrica e seu modelo biomédico não eram suficientes para responder aos meus anseios, eu já sabia, e naquele momento a dança foi meu local de cura e acolhida. Mais adiante, conhecendo a Saúde Coletiva, e, através dela, a Atenção Primária à Saúde (APS), pude descobrir as diversas possibilidades de cuidado que o SUS proporciona. Descobri que eu queria ser trabalhadora da APS e que eu poderia compartilhar e vivenciar a dança também nesse lugar.

Eu, Giovanna Cassia, sou a primeira autora deste trabalho, do qual muito me orgulho e onde pude aprender e contar com diversas mãos e afetos, que caminham junto comigo na luta pelo SUS.

Construir a APS no SUS de forma que ela dialogue com seus trabalhadores e trabalhadoras é tarefa fundamental para que estes possam compreender seu território, fortalecer seu pertencimento, e então replicar ações de promoção à saúde. Desta forma, no presente capítulo iremos tratar dos atravessamentos entre uma oficina de dança para trabalhadores de uma UBS e os nós críticos dos processos de trabalho em saúde relacionados à determinação social do processo saúde-doença e a importância da valorização dos profissionais da APS como prática de cuidado.

Um aviso aos leitores: este capítulo será escrito ora em primeira pessoa, ora em terceira pessoa, pois a oficina que deu origem a esta produção foi tanto um sonho individual como um projeto de concepção coletiva e cheio de afeto. Portanto, não comporta uma narração única, mas sim plural e interrelacional.

2. EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PILAR FRAGMENTADO

Desde 1994, quando da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde e posterior transformação para Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi consolidado o trabalho em equipe multidisciplinar na APS, visando fortalecer o vínculo com as famílias e o território, abrangendo não só o indivíduo doente. Posteriormente, foi introduzida a visão da clínica ampliada, que em um processo de humanização das práticas buscava construir processos de saúde de forma conjunta, participativa e negociada. A ESF constitui a estratégia mais radical de ruptura com o modelo biomédico e de consolidação da APS, se caracterizando como estratégia que promove a integração e organização de atividades e ideias para que um território possa resolver os problemas de saúde identificados ali, visando a qualidade de vida da comunidade, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Núcleo de Telessaúde Sergipe, 2015; Gusso, 2018; Brasil, 2024).

Durante meu estágio na APS, um dos objetivos principais era vivenciar tudo que fosse possível relacionado aos conhecimentos teóricos que eu havia tido até então nas disciplinas voltadas para a Saúde Coletiva e que, infelizmente, tiveram a parte prática suprimida por conta da pandemia de Covid-19. O modelo excessivamente tradicional, hospitalocêntrico e médico centrado vivenciado no curso de medicina me causava desconforto, polarizava o cuidado entre o normal e o patológico. Não dava conta e nem tentava responder sobre cuidados em saúde no território ou a vivência em UBS enquanto membro de uma equipe de Saúde da Família (eSF).

Pertencer a um grupo de pesquisa da universidade focado em Saúde Coletiva, interdisciplinar, cujos professores são ligados ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), foi um divisor de águas, que levou ao contato com a médica de família e comunidade, integrante do grupo e mestranda do programa, que veio a se tornar uma inspiração na medicina de família e comunidade e minha preceptora no estágio na USF onde foi realizada a oficina de dançaterapia. Veio dela a ideia de tornar a atividade um relato de experiência, motivada pela disciplina de Educação em Saúde do mestrado profissional.

Num total de 17 semanas, pude conhecer e vivenciar a USF em três momentos distintos daquele local de trabalho. Presenciar a dinâmica do trabalho em equipe de um grupo de profissionais que, em sua maioria, está na mesma unidade há mais de 7 anos, foi de uma riqueza

sem igual. Esse pequeno recorte de tempo em que tive o privilégio de estar lá, aprendendo e trocando saberes com a equipe foi fundamental para entender como fluem os processos de trabalho quando bem alinhados e construídos coletivamente, além de observar períodos desafiadores para os trabalhadores, tensão e conflitos, pelos quais todas as equipes passam.

Duas grandes ferramentas que eu buscava conhecer já foram apresentadas no início do estágio na USF: as visitas domiciliares realizadas pela eSF e as atividades coletivas com os usuários. Nas visitas ficou evidente o conhecimento e o vínculo estabelecido entre os trabalhadores e o território, principalmente se tratando das agentes comunitárias de saúde (ACS), que neste local eram exclusivamente mulheres. Com o mapa epidemiológico e cada família de sua área na cabeça, elas iam destrinchando o território, mostrando cada particularidade no caminho: quem morava, o que um dia foi aquela paragem, os locais de maior vulnerabilidade, conflitos, os dispositivos da rede daquela microárea, e muito mais. Um conhecimento vasto e inesgotável, que desde o início do estágio foi demarcado por minha preceptora como essencial para cumprir os atributos da APS e necessário de ser valorizado.

Quando cheguei, pude perceber que havia a realização de grupos com os usuários, encabeçados em sua maioria pelas ACS, onde tive aprendizados cheios de experiências exitosas, com muita vivência sobre como conduzir esses momentos de educação popular em saúde e aproveitar o que estes espaços têm de melhor para oferecer. Um exemplo importante foi o grupo de gestantes, que bimestralmente recebia mulheres em pré-natal e puérperas para discussão de temas relacionados ao período em que passavam. O espaço ocorria na sala das ACS, sempre em formato de roda de conversa e com algum profissional da saúde trazendo falas e momentos de interação, mediados pelas ACS, que produziam além de um café da tarde delicioso, kits com itens para presentear a todas as participantes. Uma iniciativa das próprias trabalhadoras da USF, que mantinham o grupo ativo e recorrente.

Naquele período de estágio em que foi realizada a oficina de dança, a USF havia passado por uma mudança importante na gestão alguns meses antes. Conforme dito, todas as equipes passam por momentos de tensão, e períodos de mudança podem gerar estes tensionamentos devido a diversos fatores, como a simples mudança da pessoa gestora, de metodologia de gestão da equipe e novos afetos que serão estabelecidos. Pude observar um sentimento que demarcava esta mudança, trazendo algo como uma dicotomia entre gestão anterior e aquela que era a gestão atual, que buscava centralizar decisões, deixando de realizar uma coordenação participativa, desestimulando a participação dos trabalhadores no gerenciamento da unidade, trazendo uma hierarquização bem demarcada.

Nos espaços informais, tomando café ou almoçando, quando trocava ideias com os

colegas, ficava evidente o descontentamento com a nova gestão em relação à autonomia da equipe em geral. Em se tratando das ACS, pairava o sentimento de desvalorização, pois alguns dos grupos e atividades antes organizados por elas, passaram a ser designados para outros profissionais, sem que fossem ativamente ouvidas ou consultadas, que já realizavam há tempos algumas dessas atividades. Como exemplo, cito o Programa Saúde na Escola (PSE), uma política intersetorial da Saúde e da Educação, que realiza ações voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. Tais atividades devem ser construídas de forma a estarem alinhadas ao contexto local, território e população (Brasil, 2024). Sendo assim, o conhecimento das ACS é ferramenta fundamental para o planejamento e realização do PSE. Porém, naquele semestre, foi retirado da responsabilidade destas trabalhadoras, sem prévio debate, e designado a estagiários da USF, que deveriam realizar uma atividade a respeito da temática da dengue na escola de educação infantil do território. Foi nítido o dissabor por parte da equipe com esta tomada de decisão, gerando ainda mais tensionamentos. Segundo Campos (2010), em todos os espaços institucionais estão em jogo poderes, saberes e afetos. O autor evidencia a relevância de se lidar com essas forças de forma inclusiva e dialógica, propondo através da Metodologia Paideia (“método da roda”) uma politização da gestão, de forma a reconhecer conflitos, realizar de forma permanente a cogestão, apontando para uma construção institucional democrática. Portanto, possibilitando a geração de conhecimento transdisciplinar nas equipes multiprofissionais, reconhecendo a complexidade dos sujeitos. Esta metodologia se opõe à racionalidade gerencial hegemônica, que fragmenta e despersonaliza a instituição, evocando a omissão de interesses e desejos dos trabalhadores, escondendo a conflitividade e deslegitimando saberes.

Trabalhar em equipe multidisciplinar implica na justaposição dos saberes de diversas áreas. Nem sempre atuando de forma integrada e coordenada (Gusso, 2018), o trabalho em equipe é uma atividade complexa, e um processo de aprendizado coletivo. Em certo grau, depende de cada um de seus componentes para que ocorra de forma natural, cujo sucesso reside no potencial resolutivo e de satisfação pessoal nas tarefas realizadas (De Macedo; Oliveira, 2023; Brasília, 2009). Promover o trabalho em equipe de forma periódica é um recurso estratégico de fundamental relevância para a organização da ESF, para seu planejamento de ações e para a avaliação do resultado do trabalho deste coletivo (De Macedo; Oliveira, 2023; Brasília, 2009).

Em seu processo de trabalho, a reunião de equipe é o dispositivo fundamental para que ocorra a organização, estruturação e troca de diferentes saberes desse grupo de trabalhadores. É o momento para discutir o planejamento e avaliar as ações da equipe. É um espaço de diálogo,

sendo necessário que todos tenham direito à voz e opinião. No entanto, os processos de trabalho, na sociedade capitalista, são geridos por uma racionalidade tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e estruturada de forma a levar à fragmentação dos processos, fazendo com que, em muitos espaços, haja ausência de interferência dos trabalhadores em etapas do planejamento do trabalho, isto é, a alienação do trabalhador (Brasília, 2009; Viapiana; Gomes; Albuquerque, 2018).

Para compreender este cenário, é impossível não falar sobre as modificações das condições de trabalho na APS, advindas principalmente da atualização da PNAB em 2017, que, fortalecendo políticas neoliberais, geraram importantes retrocessos para o SUS, vide o subfinanciamento da ESF, supressão desta como modelo de atenção primária, entre outros agravos. A crescente terceirização vista em outros setores da sociedade, é observada também no âmbito do SUS através da presença do gerencialismo, estabelecimento de vínculos frágeis, baixa remuneração, equipes incompletas, com diminuição na contratação de novos ACS e sobrecarga de trabalho (Julio *et al.*, 2022). Estudos sobre profissionais da APS registram importantes índices de prevalência de ansiedade e depressão nesses trabalhadores e buscam compreender o fenômeno do adoecimento psíquico (e agravos específicos como o *burnout*) e sua relação com o trabalho (Julio *et al.*, 2022; Maia; Silva; Mendes, 2011; Lima *et al.*, 2023).

Viapiana (2018) explora em seu artigo a forma como a acumulação flexível do capital, atual momento do capitalismo, produz sofrimento psíquico enquanto gera vários mecanismos de intensificação do trabalho, e, como consequência, sua precarização, levando a maior controle e captura da subjetividade do sujeito, suprimindo os momentos de lazer e intensificando o trabalho. Para tanto, define “cargas de trabalho” como um conjunto de demandas físicas, mentais e emocionais que os trabalhadores enfrentam em seu ambiente laboral, pois o trabalho não é apenas uma atividade econômica, mas também um espaço onde se manifestam as relações sociais, a subjetividade e as condições de vida dos trabalhadores (Viapiana; Gomes; Albuquerque, 2018). Em suma, o processo de trabalho em seu formato atual, além de gerar processos críticos de adoecimento, perde sua função social de trazer prazer e satisfação ao indivíduo.

A intenção deste capítulo, entretanto, não é esgotar os temas aqui tratados, tendo em vista a complexidade das questões e os vários recortes a serem aprofundados, mas levantar pontos a serem discutidos e propor possíveis soluções para o enfrentamento e superação dos processos de trabalho que geram adoecimento psíquico, particularmente no âmbito da ESF. A atenção de gestores municipais na implementação de políticas e práticas que assegurem condições de trabalho favoráveis, com iniciativas pensando na melhoria dos processos de

trabalho, como mecanismos de integração da equipe, infraestrutura de qualidade e promoção do bem-estar dos profissionais da APS é fundamental para avanços na área (Viapiana; Gomes; Albuquerque, 2018; Julio *et al.*, 2022).

3. OFICINA DE DANÇATERAPIA E RELAXAMENTO: (MU)DANÇA

Ocorrida na ocasião da comemoração do Dia do Trabalhador e da Trabalhadora de maio de 2023, a oficina de dançaterapia e relaxamento denominada “(mu)DANÇA”, buscava em seu cerne, a promoção do bem-estar e saúde dos trabalhadores da USF. O embrião dessa ideia, gerido no contexto de atividades teóricas sobre a APS durante a pandemia, dois anos depois, encontrou terreno fértil em uma USF repleta de profissionais dispostos e articulados em prol da saúde coletiva. Minha preceptora, mestranda do PROFSAÚDE, desde o início me incentivou quando falei sobre a intenção de realizar a atividade, e orientou sobre como expor aos colegas de equipe a proposta, sobre a importância do diálogo entre os saberes. Seu apoio foi fundamental nessa construção e este projeto não teria sido possível sem ela.

Conforme relatado, naquele momento existia uma coordenação voltada ao gerencialismo e bastante hierarquizada, concentrando os processos de trabalho em si. Devido a isto, a UBS passava por um período de tensões políticas e pouco espaço para criação de projetos em equipe. Articular a oficina neste contexto, foi uma tarefa delicada. Conforme fui orientada pela preceptora, busquei trabalhadoras índice, que traziam um engajamento para a equipe e que poderiam gostar da ideia de uma oficina de relaxamento e dança.

Ao mesmo tempo em que as trabalhadoras ficaram entusiasmadas com a ideia, havia o temor e certo desânimo da equipe ao pensar que o projeto poderia não ser aceito pela gestão. Porém, buscamos desenvolver a ideia da oficina de dança nos espaços informais, entre uma visita domiciliar e outra, no cafezinho ou descanso do almoço, pois havia o desejo por parte da equipe e meu, para que tivéssemos este espaço de atividade. Posto isto, foi um projeto elaborado dialogicamente com os trabalhadores, visando uma prática que agradasse à maioria dos funcionários e que trouxesse benefícios a todos.

Outro desafio enfrentado foi pensar um melhor momento para realização da atividade. Qual espaço teria chances maiores de ser aceito pela coordenação, tendo em vista a ausência de abertura e diálogo? A experiência seria desagradável ao realizar a oficina nestas condições? Naquele período, se aproximavam as comemorações pelo Dia dos Trabalhadores e a data marcada para a próxima reunião de equipe, espaço que poderia ser propício à atividade de relaxamento, não fosse o clima instável estabelecido. De todo modo, apresentei a ideia e a gestão aceitou a atividade, enfatizando que fosse realizada após a reunião de equipe.

Paralelo à concepção do projeto, já havia iniciado uma movimentação dos trabalhadores e da comunidade, solicitando uma mudança na gestão. Este pedido iria ocorrer formalmente na ocasião da reunião de equipe já prevista, o que poderia gerar um clima desfavorável à oficina, tendo em mente que seria um momento sensível para todos os trabalhadores. Por este motivo, solicitei que a oficina ocorresse antes, mas foi negado, ficando marcada para o momento final da reunião de equipe, com muitas expectativas e aflições em jogo.

Contudo, de forma que surpreendeu a todos, naquele mesmo dia da reunião de equipe, a própria gestão comunicou a sua saída do cargo nesta reunião. Logo as aflições esmoreceram e prevaleceu um clima amistoso, propício para a atividade, que já havia sido anunciada, inclusive através de cartões lembrança feitos pelas estagiárias. O cartão levava o nome da oficina, denominada (mu)DANÇA, o qual acabou gerando uma alusão ao fato da mudança ocorrida naquele mesmo dia.

De modo prático, todos os trabalhadores foram então para a ampla área externa da USF, onde foi dado enfoque inicialmente ao relaxamento e a criação de momento de sensação de bem-estar, preparando o corpo e a mente para uma prática prazerosa de passos básicos de dança de salão, especificamente forró, conduzidos pela estagiária, membro do clube de dança da UFPR e um convidado também do clube. Utilizando apenas o espaço físico e uma caixa de som, foi possível iniciar a prática.

A dança de salão foi escolhida tanto por sua capacidade de ser democrática e atender aos mais variados gostos musicais, como por sua capacidade de envolver os participantes de forma divertida e acessível, independentemente do nível de experiência prévia com a dança. As diversas experiências durante o estágio, como aprendizado da moderação de grupos e rodas de conversa também enriqueceram o projeto, colaborando para delinear a prática da oficina.

Baseando-se nos princípios da Educação Popular em Saúde (EPS), através do diálogo entre os saberes trocados com a equipe, buscando promover a autonomia e a participação ativa dos participantes, respeitando suas diversidades e incentivando a construção coletiva do conhecimento (Maciazeki-Gomes; Souza; Baggio; Wachs, 2016; Junior *et al.*, 2020), ficou arranjada uma oficina de abordagem mista entre roda de conversa e práticas corporais voltadas para a promoção e produção de saúde dos trabalhadores, que “acontece em meio à produção da vida, por isso o ponto de partida do processo educativo acontece com rodas de conversa, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular” (Maciazeki-Gomes; Souza; Baggio; Wachs, 2016, p. 65).

Todos os trabalhadores aceitaram participar da prática, que foi avaliada positivamente por todos os envolvidos. Durante a oficina, foram seguidos os princípios éticos nas ações

educativas e de cuidado em saúde, necessários para tal prática, buscando respeitar a autonomia e a diversidade dos participantes para que todos se sentissem acolhidos sem causar constrangimento (Maciazeki-Gomes; Souza; Baggio; Wachs, 2016). Promoveu-se ambiente acolhedor e seguro, onde cada indivíduo se sentiu encorajado a se expressar através da dança, sendo notável o clima de descontração e bem-estar estabelecido entre os participantes. A prática da dança permitiu aos trabalhadores desconectarem-se das demandas e estresses do ambiente de trabalho, proporcionando uma pausa revigorante e um momento de cuidado consigo mesmos. A atividade despertou o interesse dos participantes pela dança de salão, levando alguns a buscar academias especializadas para dar continuidade à prática – orientação que foi repassada durante a oficina.

Essa repercussão positiva evidencia a relevância da oferta de atividades físicas no local de trabalho, alinhada aos direitos humanos e à promoção da saúde, como discutido por Campos *et al.* (2017). Ao promover a cidadania e o autocuidado, a oficina contribuiu para o empoderamento dos trabalhadores, incentivando a busca por uma vida mais saudável e ativa. Após a realização da prática, outros projetos relacionados à dançaterapia foram criados e produzidos pelos trabalhadores, como oficina de danças latinas, voltadas para o público migrante; atividades físicas no “Café das mulheres” – evento anual relacionado ao dia 08 de março; prática de dança dentro do grupo de caminhada, que se tornou forte fonte de vínculo entre estagiária, profissionais e usuários, propiciando inclusive a reativação da horta comunitária da USF durante o segundo momento de estágio, no ano de 2024, produzindo implicações na participação social da população daquele território.

É na APS e na sua força de trabalho que reside a potência do SUS. Através dos processos de trabalho e dos modos de gerir saúde na APS, podemos propor práticas e alternativas de cuidado para importantes questões atuais como o *burnout*, a crescente demanda em saúde mental e o enfrentamento a políticas neoliberais que visam o desmonte do SUS. Fica evidente, portanto, que propiciar espaços para discussão e criação de novos processos de trabalho, bem como oferecer uma variedade de atividades no ambiente da APS pode contribuir para reduzir os impactos negativos do estresse laboral, além de produzir sensação e pertencimento aos trabalhadores, permitindo que possam replicar as ações com a população de seu território, gerando poder de engajamento em ações e fortalecendo também aspectos culturais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia/>. Acesso em: 09 dez. 2024.

BRASIL. Programa Saúde na Escola. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse>. Acesso em: 09 dez. 2024.

BRASIL. **Humaniza SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada**. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 09 dez. 2024.

CAMPOS, H. M. et al. Direitos humanos, cidadania sexual e promoção de saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vgs6Lrm6F5vJKZx5YzZgxMF/>. Acesso em: 09 dez. 2024.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para Co-Gestão de Coletivos Organizados para o Trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, SP, v. 11, n. 1. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/view/468>. Acesso em: 09 dez. 2024.

DE MACEDO, J. F. S.; OLIVEIRA, P. R. Potencialidades da reunião de equipe no território: um relato de experiência de uma residente de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 45. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3878>. Acesso em: 09 dez. 2024.

GUSSO, G. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2. ed. Rio Grande do Sul: Artmed, 2018.

JULIO, R. S. *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. e2997, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/wwr3pFwyvssv5s5wNjvXKvw>. Acesso em: 09 dez. 2024.

JUNIOR, V. L. et al. A Educação Popular em Saúde como método para a reunião de equipe na Atenção Primária à Saúde. PARO, César Augusto. **Coletânea Educação Popular em Saúde – Volume 2: Educação. Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras**. 2020. p. 65-84. Disponível em: <https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/sites/14/2020/09/VOLUME-2-1.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2024.

LIMA, C. C. M. *et al.* Análise dos indicadores de prazer e sofrimento no trabalho associados a ansiedade e depressão entre agentes comunitários de saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 72, n. 2, abr. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/gxHLLfJRkmjgxcjzWGS5Q/?lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2024.

MACIAZEKI-GOMES, R. C.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, mai. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KvX88c8BfnBTG66xHgMjpQy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2024.

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/xnrYWL7DcJVsn8Y5ygXzTZk/?lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2024.

SERGIPE, Núcleo de Telessaúde. Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil? 28 jul. 2015. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>. Acesso em: 09 dez. 2024.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe4, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Y36fDqvZL5Js4nnWpXrYpBb>. Acesso em: 09 dez. 2024.

CAPÍTULO XII

TECNOLOGIAS DE SAÚDE NO TRABALHO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA NO DSEI-MÉDIO RIO PURUS (AM)

Leandra Freitas dos Santos
Niangai
Júlio Cesar Schweickardt
Fabiana Mânica Martins

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-12

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde dos povos indígenas tem muitos aspectos a serem considerados, partindo da ideia de uma saúde diferenciada, onde os seus modos de vida e suas concepções de corpo e mundo precisam fazer parte do cuidado intercultural. Nesse sentido, cuidar significa olhar para as dinâmicas locais, para os sentidos das palavras e da língua, para os saberes e conhecimentos dos especialistas da medicina indígena, indo além de uma simples assistência.

A interculturalidade na saúde indígena é um pressuposto para uma atenção diferenciada, pois discute as relações de poder entre os conhecimentos biomédicos e indígenas, buscando produzir relações mais simétricas no cuidado à saúde da população (Schweickardt; Ahmadpour; Sacuena, 2024). Nesse sentido, a comunicação e a aprendizagem são condições *sine qua non* para o diálogo e a produção de linhas de cuidado numa perspectiva decolonial (Schweickardt; Barreto, 2023). Há a presença de uma troca entre pessoas, de conhecimentos, saberes e práticas, e isso permite desenvolver outros sentidos entre as culturas diferentes (Pedrana *et al.*, 2018).

As experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde na atenção à saúde, além do choque cultural, trazem a dificuldade de comunicação devido às línguas indígenas que integram o cotidiano de muitos povos originários. Assim, a interpretação e a tradução fazem parte do cuidado, gerando incompreensões e mal-entendidos na atenção à saúde. As consequências dos “ruídos” da comunicação são as queixas do usuário e a falta de compreensão dos encaminhamentos e diagnósticos, impactando no tratamento da pessoa. Outra consequência é a confiabilidade do usuário indígena no procedimento e conduta do profissional (Silva *et al.*, 2021).

Nesta configuração de desenvolver um cuidado intercultural, que produz uma relação entre as pessoas de universos simbólicos distintos, é necessário colocar em jogo a micropolítica do cuidado, que põe o próprio relacionamento em discussão (Franco; Merhy, 2012). Isso impacta necessariamente os modos de organizar os processos de trabalho. Portanto, a comunicação no contexto indígena é parte constituinte do cuidado, sendo imprescindível a compreensão dos sujeitos da relação, empreenderem um esforço de construir caminhos e possibilidades para que o cuidado aconteça.

Para Franco e Merhy (2012), o cuidado é aquele que acontece em ato, no relacionamento de criação necessário para promover a saúde, mediado por diretrizes como o acolhimento, estabelecer vínculo, a criação de projetos terapêuticos, num relacionamento de corresponsabilização pelo cuidado. Essas relações contribuem para o fortalecimento das redes de serviços, criando mudanças estruturais na produção do cuidado. Nesse caso, se opera no nível de tecnologias leves, isto é, dinâmicas relacionais e intersubjetivas que são colocadas no jogo do diálogo e da gestão do cuidado (Merhy, 1997). Assim, as tecnologias têm o sentido de um aparato de procedimentos, técnicas e produtos que colocamos no ato do cuidado.

Nesse sentido, um dicionário que facilite as relações entre os profissionais de saúde e a população indígena pode ser considerado uma tecnologia que colabora com a gestão do cuidado em contexto indígena. De acordo com Brito *et al.* (2017), nos últimos anos tivemos um avanço positivo no processo de tradução *online* de línguas indígenas para o português. Em seu trabalho, foi desenvolvida uma plataforma de tradução *online* das línguas Xerente e Apinajé, de povos indígenas do Estado de Tocantins, para o português. A tradução visa criar uma interatividade cultural entre os povos indígenas e os não indígenas.

O Museu do Índio da Funai buscou sensibilizar para a Década Internacional das Línguas Indígenas, desenvolvendo quatro aplicativos com dicionários das línguas Guató, Yekwana, Sanõma e Kawahiva. Os aplicativos fazem uma tradução para o português (Fernandes; Souza, 2021). Assim, os dicionários bilíngues são instrumentos de aprendizagem, que colaboram na comunicação entre os envolvidos, cooperando com a aprendizagem entre culturas e povos (Silva, 2003).

Por fim, como discentes e docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), buscamos criar um produto que pudesse qualificar e potencializar a atuação dos profissionais nos territórios indígenas. O produto tem como pressuposto a aprendizagem decorrida da prática como profissional de saúde no território indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Purus (DSEI). Assim, será um instrumento para contribuir com as tecnologias do cuidado na área da saúde indígena. O “Tradwahá” é um aplicativo de dicionário

de tradução que auxilia na comunicação entre os trabalhadores de saúde e os indígenas do povo Suruwahá, povo isolado da região do Médio Purus, Estado do Amazonas (AM).

2. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

A base epistêmica deste trabalho é a cartografia da diferença, sustentando o desenvolvimento da pesquisa e do produto. O projeto tem como objetivo principal analisar a micropolítica do trabalho no DSEI-Médio Purus, tendo em vista as composições tecnológicas do agir em saúde. Para chegar a este objetivo, nossa opção metodológica foi adotada com o intuito de que tivéssemos a capacidade de colocarmos nossos corpos também como pontos de registro, e como lugar de análise, das descobertas de novos pensamentos e/ou redescobertas. Para que pudéssemos nos conectar com cada ponto de análise, com o olhar panorâmico sobre os fenômenos das cenas que formam cada capítulo do “promover cuidado” a partir das tecnologias leves.

Trabalhador e usuário podem afetar-se simultaneamente através do encontro, devido à intensidade que existe em meio às relações que se estabelecem entre dois corpos, considerando corpos os sujeitos em ação, sendo estes trabalhador e usuário, ou trabalhador e trabalhador, além das normas, saberes, instrumentos que configuram corpos no cenário do cuidado em saúde (Franco; Merhy, 2013).

Compartilhamos da metodologia introduzida pelos filósofos Gilles Deleuze e Félix Guattari, que é um acompanhamento de percursos, a percepção e o desenvolvimento das conexões em rizomas inteiramente voltado para a experimentação ancorada no real (Deleuze; Guattari, 1995). A cartografia esquizoanalítica permite que o pesquisador entre no âmbito onde se desenvolve a pesquisa. Buscamos pesquisar junto ao território, e não apenas a ele. O projeto se ancorou na experiência entre a nossa subjetividade, o território e sujeitos do lugar (Murphy, 1997).

Desenvolvemos uma pesquisa-intervenção, com abordagem qualitativa, que envolveu as experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, que pode interferir sobre o funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais (Strauss; Corbin, 2008). A abordagem qualitativa possibilita a escuta, o diálogo e cartografia dos processos, quando os sujeitos têm seu lugar de fala.

A pesquisadora está envolvida na atenção e no cuidado em saúde, como cirurgiã-dentista, fazendo parte da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), no território do DSEI-Médio Rio Purus. A EMSI tem um regime de trabalho de 30 a 60 dias em área indígena. Desse modo, aliou-se o fazer saúde com o ser pesquisadora, num processo cartográfico. O

projeto iniciou em 2023, quando entrei para o PROFSAÚDE, até o fim do ano de 2024. Desde o início, contracenamos em cenários variados, navegamos por rios distintos, enfrentamos sazonalidades diferentes, características climáticas díspares, e dialogamos com diferentes etnias. Desse modo, percorrendo os territórios de vida, como profissional pesquisadora.

O trabalho em saúde, assim como da pesquisa, necessita dialogar com os tempos do território, impactando no planejamento dos percursos e dos recursos. Assim, não é prudente planejar uma visita à aldeia no período da pesca, pois as famílias estão envolvidas nesta atividade. A temporalidade faz parte da dinâmica de um povo, que está associada aos seus mitos, suas crenças, seus conhecimentos e práticas, portanto, a gestão em saúde necessita fazer uma “gestão” e um diálogo com os tempos do território.

Iniciamos o percurso da nossa cartografia, em novembro de 2023, quando estava acompanhada por mais um cirurgião-dentista, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e seis funcionários da Frente de Proteção Etnoambiental Madeira-Purus da Funai, que acompanham os povos sem contato. Saímos do porto do Município de Lábrea, sede do DSEI, por volta das 10 horas da manhã, em um barco de madeira chamado Candango, com destino à Aldeia Suruwahá. Essa foi a primeira viagem. Retornamos em maio de 2024, com outra equipe, formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um médico, uma dentista e uma técnica em saúde bucal, juntamente com 4 funcionários da Frente de Proteção Etnoambiental Madeira-Purus da Funai.

O rio Purus foi primeiro a ser navegado, caracterizado pela força das águas e por uma cor barrenta. Foi quando houve o reconhecimento e integração da equipe, considerando que era a primeira vez que se realizava uma ação com esta equipe e para este território. Compartilhamos três dias de viagem neste rio, quando colocamos em suspenso as profissões, dividindo todas as tarefas diárias, desde a limpeza do barco até a elaboração das refeições. Assim, criamos relacionamentos, o que é fundamental para o objetivo de levar o cuidado às populações isoladas. Até porque passamos muito tempo dividindo espaços, territórios, comidas e o barco. Ao sair do rio Purus, entramos no rio Tapauá, um afluente do rio Purus, que se caracteriza por suas águas de cor preta. O fluxo das águas se modifica, pois no rio Purus tínhamos a vantagem de navegar de acordo com o fluxo das águas, já, neste afluente, nossa embarcação necessitava navegar contra a correnteza. Depois de um dia de viagem, chegamos na “boca” de um outro subafluente do Rio Tapauá, chamado Riozinho. O nome condiz com as suas condições físicas e, por isso, precisamos trocar de embarcação e a viagem continuou em um barco a motor de menor potência, sendo o único para navegar no nível da água daquele período.

Depois de uma hora de viagem, chegamos na Base do Suruwahá, onde fica o alojamento dos profissionais. Respeitamos 10 dias de quarentena, que é um protocolo instituído para reduzir os riscos de contaminação dos indígenas, principalmente das influências gripais. Passados os 10 dias, realizamos os testes de Covid e de Malária, sendo constatado que todos estavam aptos para chegar até a aldeia. Foram mais 3 dias de respeito a um ato cultural deles, que é do período de pesca, em que utilizam um veneno natural no igarapé para matar os peixes.

Depois disso, levamos duas horas viajando no Riozinho, quando precisamos trocar a embarcação para um motor rabeta², para podermos adentrar no igarapé Pretão. Suas águas são pretas, como diz o nome, sendo ainda mais raso e com margens estreitas. Esse percurso durou mais duas horas de viagem.

Ao chegar nas malocas, precisamos recuperar as forças físicas, e somente no dia seguinte iniciamos as atividades. Nos deparamos com o primeiro desafio, o idioma, mas, com a ajuda de profissionais mais antigos, conseguimos desenvolver as atividades de saúde. Retornamos para a cidade no mesmo barco e através dos mesmos rios. A principal lembrança guardada na mala foi a vontade e a necessidade de querer mais, de fazer mais por esta atenção e por este povo.

3. DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO

Como atuação na aldeia Suruwahá, nos 30 dias de atenção à saúde, foram realizadas interações, experimentações e exercícios de cuidado à saúde. Cada ponto de conexão das relações entre profissionais e usuários foi integrado ao diário de campo, onde foram registrados os diálogos com os profissionais de saúde e o que foi acontecendo na viagem. Durante o processo de registro, enquanto atuava como profissional de saúde, observei a dificuldade na comunicação com o povo Suruwahá. O idioma tradicional desta etnia era desconhecido pela equipe, tendo sido necessário o apoio na tradução do Agente de Saúde Indígena (AIS) do próprio povo. Emergiu aqui uma indagação: e se pudessemos usar uma ferramenta de tradução?

O povo Suruwahá é um povo que passou décadas, ou até séculos, em isolamento, e que há aproximadamente 44 anos teve contato com o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). A atenção à saúde e cuidado deste povo é ofertada por profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Purus (DESEI). Tais ações desenvolvidas sempre visam preservar os costumes e culturas dos mesmos (Aparício; Moreira; Lins, 2023).

² Motor muito utilizado pelas comunidades ribeirinhas, propício para navegar em rios menores e com baixa profundidade. A hélice é presa a uma barra de ferro que pode ser manuseada pelo piloto de modo prático.

O povo Suruwahá é um mesclado de diferentes grupos Dawa (Kroemer, 1994; Huber, 2012; Aparício, 2013), sendo o seu idioma oriundo da família Arawa (Mendes; Aparício, 2016). Atualmente já há alguns jovens-adultos que possuem aproximação com a língua portuguesa, mas este povo ainda é considerado monolíngue. Quando tem visitantes, eles preferem falar em sua língua, mas, quando querem se fazer compreendidos pelos profissionais de saúde, fazem uso das palavras em português (Huber, 2012).

Verificamos que havia uma apostila antiga, escrita em 1998, que não era mais utilizada, onde havia palavras no idioma Suruwahá e os significados em português. A apostila tinha sido produzida por uma missão evangélica, mas era prática para a identificação das palavras. Assim, surgiu a ideia de uma ferramenta que ofertasse mais praticidade para os profissionais. Desse modo, idealizamos o aplicativo móvel de tradução, que chamamos de “Tradwahá”, que tem como objetivo auxiliar na comunicação entre profissionais de saúde e indígenas da etnia Suruwahá, nas ações de saúde.

Realizamos busca das principais palavras utilizadas na relação profissional-usuário, priorizando, portanto, os temas voltados para saúde. Foram incluídas 297 palavras em português e suas respectivas traduções e pronúncias no idioma Suruwahá. Para melhor sistematização, palavras foram organizadas em uma planilha (Figura 1).

Figura 1 – Estruturação das palavras.

Dicionário Tradwaha		
Portugues	Suruwahá	Pronúncia
ABAIXA A CABEÇA	HYBANYRY	RIBANIRI
ABRE A BOCA	ZARATUNA	ZARATUNÁ
ABRE AS PERNAS PARA PASSAR POR CIMA	SIAWAKA	CHIAUACÁ
ABRIR AS PERNAS	SYTA	SITÁ
ABRIR PARA CIMA	KARAKUMA	CARACUMÁ
ABRIR PARA FORA	KARAKAWA	CARACAUÁ
ACABAR, TERMINAR	TAWANY	TAUANÍ
ACORDAR	ZUBY	ZUBÁ
AGORA É MINHA VEZ	ARAKABY	ARACABÁ
ALIMENTAR	NAHAWA	NARRAUÁ
AMARRAR	HIRINIA, KAWHU	RIRINIÁ, KAURRU
ANDAR	GAWA	GAUÁ
ANUS	YJIU	IJHÚ
APARECER	GINYZUWA	GUINIZUWÁ
APERTAR	NAHISAMYZA	NARRICHAMIZÁ
AQUI	HIADAHÁ	RIADARRÁ

Fonte: Elaborado pelas autoras e autores, 2023.

As palavras foram gravadas com a ajuda de Niangai Suruwahá. Ele é uma pessoa muito comunicativa, considerado um verdadeiro intérprete, pois graças a ele consegue-se comunicar. Logo após, solicitamos uma revisão da antropóloga Adriana Maria Huber Azevedo, que

conviveu mais de 5 anos com este povo. O objetivo era revisar as escritas e as pronúncias das palavras.

Feita a revisão dos termos, elaboramos os áudios de acordo com suas próprias vivências com o povo, e enumeramos cada um na sequência das palavras, de acordo com a planilha que direcionou o material ao grupo denominado *Development of Health Technologies* (DHT), que foram parceiros no desenvolvimento do aplicativo.

O Tradwahá foi desenvolvido em aproximadamente 90 dias, desde o início da coleta de dados, programação, estudo e desenvolvimento da interface, com a análise do mesmo e aprovação preliminar da equipe. O aplicativo está registrado sob o título de Tradwahá, na Revista da Propriedade Industrial (RPI), nº2807, de 22 de outubro de 2024.

Na tela principal ocorre a interação inicial entre o usuário e o App. Seu plano de fundo é constituído por uma imagem de uma maloca em construção da etnia Suruwahá, simbolizando a construção desta ferramenta, que poderá ser atualizada de acordo com a necessidade de adicionar novas palavras, como pode ser observado na (Figura 2).

O App contém um campo de texto para entrada da palavra em português. Ao tocar no campo, é possível escolher uma palavra da lista apresentada. Após a escolha da palavra, o usuário pode visualizar sua tradução e ouvir a pronúncia correspondente no idioma Suruwahá, automaticamente. É possível reproduzir o áudio clicando no botão de “play”. Dessa forma, inserir uma palavra em português, é uma das suas principais funcionalidades, por se constituir em um dicionário de palavras e frases comuns: palavras e frases pré-definidas para agilizar o atendimento e que pode funcionar no modo *offline*.

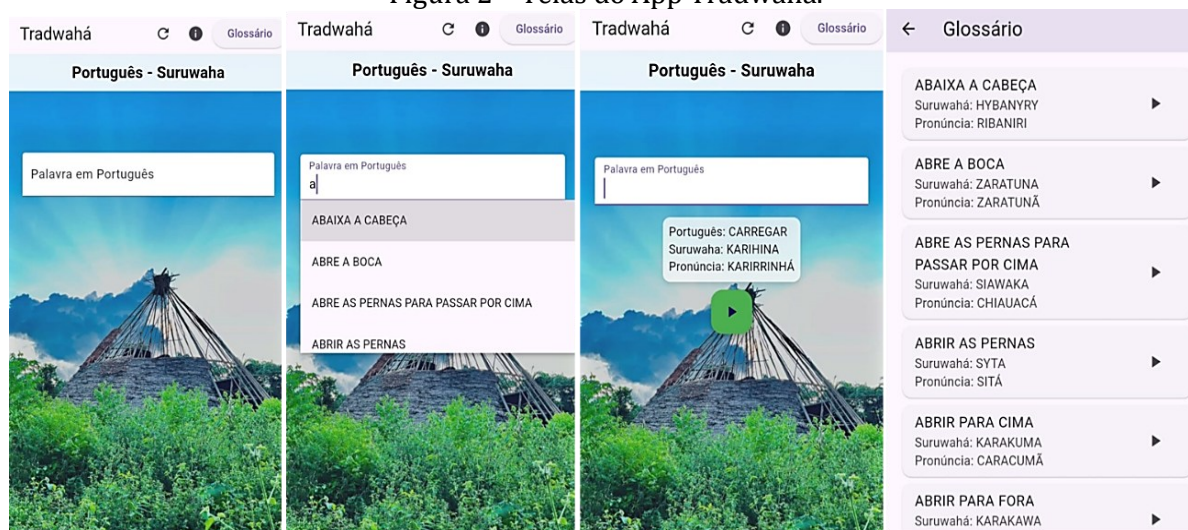
Ainda possui uma Tela de Glossário que exibe uma lista de palavras em português, suas traduções e ícones de reprodução de áudio para cada palavra. Esta tela foi projetada para permitir que o usuário navegue facilmente pela lista de palavras pré-definidas na coleção e ouça suas respectivas pronúncias.

Após a implementação, o aplicativo foi compilado para a plataforma Android utilizando o comando *flutter build apk*, gerando um arquivo *APK* para testes no dispositivo móvel. Foram realizados testes de usabilidade e funcionamento das funcionalidades principais, como a tradução das palavras e a reprodução das pronúncias. O nome do aplicativo foi escolhido por toda a equipe em homenagem à Etnia Suruwahá.

Como parte da pesquisa de mestrado, esse aplicativo ainda se encontra em hospedagem local, pois somente após a defesa do trabalho de conclusão será apresentado para o DSEI – Médio Rio Purus e para a Frente de Proteção Etnoambiental Madeira-Purus da Funai. O App também será disponibilizado para os profissionais de saúde e profissionais da Frente de

Proteção Etnoambiental Madeira-Purus da Funai, que atuam diretamente com esta população. Por fim, para a utilização do App, os profissionais serão convidados a participar de uma reunião para a apresentação e treinamento de uso.

Figura 2 – Telas do App Tradwahá.



Fonte: Arquivo pessoal das autoras e autores, 2024.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde indígena é permeada de desafios, surpresas e potencialidades. Isso exige que os trabalhadores desenvolvam capacidade de invenção e habilidade de produção de pensamento e de práticas diferenciadas. A habilidade de lidar com as dificuldades nos territórios pode ser decisiva na produção de cuidados, que mobilizam diálogos que vão para além da linguagem e da tradução. O importante é que as relações de cuidado sejam de respeito ao usuário e que promovam o bem-viver.

A língua não pode ser considerada uma barreira, senão um desafio para as pessoas envolvidas na relação do cuidado em saúde. Assim, produzir uma tecnologia que seja apoio da relação é um caminho para a construção do diálogo e produzir mais saúde e vida digna do povo Suruwahá. A ferramenta não deve ser pensada como a solução mágica para a comunicação e para o campo do cuidado, senão um apoio e um dispositivo para a construção de relações dialógicas e respeitadas.

O cuidado em territórios indígenas envolve disputas e relações de poder que, quase sempre, são assimétricas com predomínio do saber biomédico. Assim, as diferenças étnicas, linguísticas e culturais precisam ser colocadas nas cenas do cuidado, para que os discursos, interpretações e práticas sejam problematizados e qualificados no cotidiano do trabalho em saúde (Schweickardt *et al.*, 2020).

O Tradwahá é apenas um elo de conexão, um nó nessa rede de conexões, pois nada substitui o encontro que promove a alteridade e a equidade do cuidado intercultural. Nada substitui o olhar e o toque respeitoso, nem a nossa capacidade de nos afetar e sermos afetados pelo outro na relação de cuidado.

REFERÊNCIAS

APARÍCIO, M.; MOREIRA, P.; LINS, J. **Alquimia da Floresta: os Suruwaha e os venenos**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/museudoindio/pt-br/centrais-deconteudo/livros-e-publicacoes/catalogos/alquimia-na-floresta>. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRITO, G. L. R.; LIMA, A. N.; BARBOSA, G. V.; OLIVEIRA, A. W. Mobile Platform for Translation of Brazilian Indigenous Languages of Tocantins. 2017 4th International Conference on Innovation in Economics and Business IPEER vol.87 (2017) © (2017) IACSIT Press, Singapore.

FERNANDES, A.; SOUZA, M. **Dicionários de línguas indígenas estão disponíveis para download gratuito**. Agência de Notícias CEUB, 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.uniceub.br/cultura/dicionarios-de-linguas-indigenas-estao-disponiveis-para-downloadgratuito/#:~:text=Com%20o%20objetivo%20de%20sensibilizar,'kwana%20%20San%20%C3%B6m%20a%20e%20Kawahiva>. Acesso em: 01 nov. 2018.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.

_____. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **RevistaTempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, em 2012, v. 6, n. 2, p. 151-163.

KROEMER, G. **Kunahã Made: o povo do veneno, sociedade e cultura do povo Zuruahá**. Belém: Edições Mensageiro, 1994.

MENDES, G. M.; APARICIO, M. (Orgs.). **Redes Arawa. Ensaios de etnologia do Médio Purus**. Manaus: Edua, 2016.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy, E. E, Onocko, R, orgs. Agir em saúde: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 71-112.

MURPHY, S. **Thers and students: reclaiming assessment via portfolios**. In: YANCEY, K. B.; WEISER, I. organizadores. Situating portfolios: four perspectives. Logan: Utah State University Press; 1997. p. 72-88.

PEDRANA, L.; TRAD, L. A. B.; PEREIRA, M. L. G.; TORRENÉ, M. O. N.; MOTA, S. E. C. **Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385672/> Acesso em: 30 set. 2024.

SCHWEICKARDT, J. C.; BARRETO, J. P. L. **Desatando e tecendo os nós para decolonizar a Medicina Indígena na Amazônia. Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia.** Porto Alegre: Rede Unida, 2023.

SCHWEICKARDT, J. C.; CABRAL, K. V.; MARTINS, F. M.; FERLA, A. A. **Decolonialidades e cuidados em saúde na América Latina.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024.

SCHWEICKARDT, J. C.; AHMADPOUR, B.; SACUENA, E. R. P. A política de saúde indígena no Brasil: atenção primária e as potencialidades de diálogos com as medicinas indígenas. In: TEIXEIRA, Carla Pacheco; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos; AZEVEDO, Diana Paola Gutierrez Diaz de; ALVAREZ, Rocío Elizabeth Chávez; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues (Organizadores). **Experiências no acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru**/– 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A.; LIMA, R. T. S.; AMORIM, J. S. C. O Programa mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2020;44:e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>.

SILVA, E. C. S.; SILVA, N. C. D. L.; CAFÉ, L. A.; ALMEIDA, P. M. O.; SOUZA, L. N.; SILVA, A. D.; **Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena.** Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health | ISSN 2178-2091. REAS/EJCH | Vol.13(1) | e5413 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5413.2021>.

SILVA, M. M. A. **Dicionário terminológico da gestão pela qualidade total em serviços.** 2003. 695 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Filologia e Língua Portuguesa) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – Universidade de São Paulo. 2003.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o desenvolvimento de teorias fundamentadas;** tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

CAPÍTULO XIII

QUESITO RAÇA/COR DA POPULAÇÃO NEGRA DE UMA ONG LIGADA A UM TERREIRO DE UMBANDA NA APS

Waldemar Antônio das Neves Júnior
Angélica Peixoto Teixeira
Diogo Nilo Miranda Borba
Elvira Barreto Simões
Rodrigo Aparecido Petinati
Rosiane de Santana Castela

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-13

RESUMO

O preenchimento do quesito raça/cor na atenção primária em saúde (APS) é uma prática essencial para a promoção da equidade e para o entendimento das desigualdades étnico-raciais no acesso e qualidade dos serviços de saúde. O objetivo deste artigo é analisar os desafios e as perspectivas do preenchimento adequado desse quesito nos prontuários médicos, nos atendimentos realizados no cenário de prática do internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL). Esta prática é realizada no Centro de Formação e Inclusão Social – Inaê, uma organização não governamental (ONG) ligada a uma comunidade tradicional de povos de terreiro de umbanda, Grupo União Espírita Santa Bárbara (GUESB). A pesquisa evidencia as possíveis dificuldades enfrentadas pelos/as estudantes e profissionais de saúde para o preenchimento dessas informações nos prontuários físicos, além das implicações para a formulação de políticas públicas. Deste modo, percebe-se que a melhora na coleta e análise desses dados torna-se essencial para avançarmos nas políticas de saúde mais inclusivas e eficazes, podendo reduzir desigualdades étnico-raciais e promover um atendimento mais justo e equitativo para a população negra e de povos tradicionais de terreiro.

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária em saúde (APS) é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo responsável pela promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das condições crônicas. A coleta de dados sobre raça/cor é um importante instrumento para identificar desigualdades no acesso e nos resultados dos serviços de saúde, contribuindo para a criação de políticas públicas mais eficazes. No entanto, o preenchimento do quesito raça/cor na APS apresenta desafios significativos, tanto para os/as profissionais de saúde quanto para os/as gestores/as. A falta de treinamento adequado, a resistência dos/as profissionais e a falta de uma padronização no preenchimento são alguns dos obstáculos mais mencionados. Este artigo busca discutir esses aspectos, explorando as implicações para a prática da APS e a saúde de populações marginalizadas e estigmatizadas como a população

negra, povos e comunidades tradicionais, quilombolas, de terreiro e de matriz africana, indígenas, dentre outras.

Considerando esse contexto, com base nas categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de suas autodeclarações, podemos considerar a população brasileira em: Preta, Parda, Indígena, Amarela e Branca. Ainda de acordo com o IBGE, a população negra é composta de pessoas pretas e pardas.

Dentro do contexto da atenção primária à saúde (APS), a população negra pode ser afetada a partir de acesso, pois o/a usuário/a pode sofrer preconceito e discriminação por seus semelhantes, por estudantes e trabalhadores/as da área da saúde que o/a atendem quando questionados/as por sua raça/cor e não retornarem mais aos serviços de saúde.

O preenchimento incorreto do quesito Cor/ Raça e Etnia, pode interferir nas informações realizadas por meio de cadastros, admissão, recadastramento, emissão de indicadores, relatórios para análise interna ou por demanda de órgãos governamentais, imprensa ou de pesquisas acadêmicas. Isso pode ser observado na sistematização de alguns dados utilizados como os parâmetros do e-social e do Relatório Anual de Informações Sociais (RAIS), bem como, de 4 dos principais sistemas de informação e Saúde: sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC), sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), o sistema de informações sobre mortalidade (SIM) e os dados do DataSUS. Esses dados são fundamentais como indicadores para a implementação de ações da política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN) (Brasil, 2009).

2. CRONOLOGIA DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA PARA ESTE CENÁRIO DE PRÁTICA

O conjunto Village Campestre II é uma comunidade que pertence ao *campus* vicinal da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), que se encontra no VI Distrito Sanitário e está localizado no bairro da Cidade Universitária. Este bairro possui uma população estimada em 74.724 mil habitantes, que o caracteriza como o terceiro conjunto habitacional mais populoso de Maceió (SMS, 2023). O conjunto nasceu na década de 1970, por meio de loteamentos ocupados principalmente pela população proveniente do êxodo rural. Apesar de melhorias estruturais no bairro, ao longo destes quase 50 anos de história, ainda é possível encontrar carência de infraestrutura e de dispositivos de saúde, educação e lazer nas ruas do conjunto.

Diante de tal realidade, e na ausência das ações do poder público, iniciativas nascidas na própria comunidade são fundamentais para a preservação da dignidade e da vida nestes espaços. Um exemplo destas iniciativas é o Centro de Formação e Inclusão Social – Inaê (que

significa ‘grande mãe que acolhe’ em Yorubá), uma organização não governamental (ONG), que nasceu de um terreiro de Umbanda, chamado Grupo União Espírita Santa Bárbara (GUESB).

O GUESB teve sua origem em 1984, na região da Cambona (Bairro Bom Parto, Maceió – AL) sob a liderança da Ialorixá Mãe Neide Oyá D’Oxum. No ano de 1997, o GUESB se instalou definitivamente no Village Campestre II, localizado no bairro da Cidade Universitária. Porém, foi somente em 2004, contando com a ajuda de amigos/as e filhos/as de santo, que Mãe Neide inaugurou e registrou oficialmente o terreiro de umbanda GUESB, como também sua ONG, passando a ser (re)conhecida como Centro de Formação e Inclusão Social, o Inaê (Puentes, 2014).

O início das atividades do Inaê se deu a partir da iniciativa de Mãe Neide em ofertar oficina de costura para um grupo de mães da comunidade como oportunidade de geração de renda. Desde então, o projeto já atuou de diversas formas, sempre com foco na inclusão social, especialmente de crianças, jovens e mulheres da comunidade (Puentes, 2014). Algumas das ações que já foram e são desenvolvidas: creche, capoeira, dança afrobrasileira, teatro, pintura, cursos de culinária, cursos profissionalizantes e de inclusão digital e atendimentos em saúde.

Em 2002, Mãe Neide conheceu o professor da Faculdade de Medicina, Jorge Luís de Souza Riscado. Desde então, tornaram-se amigos e desenvolveram juntos, atividades de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) com mulheres profissionais do sexo. A partir deste encontro, formou-se uma rica parceria no desenvolvimento de projetos voltados para a Saúde da População Negra, área na qual Mãe Neide e o professor Riscado já trabalhavam anteriormente, potencializando e unindo forças.

Foi somente em 2007 que a disciplina eletiva “Saúde da População Negra” foi ofertada no curso de graduação de Medicina da UFAL, que contaria com uma carga horária de 40 horas, acontecendo uma vez por semana ao longo de cada semestre. Esta disciplina foi ofertada até outubro de 2021, quando o professor Riscado fez sua passagem para o plano espiritual.

No final do ano de 2021, surgiu uma outra grande parceria entre professores da Faculdade de Medicina, dentre eles, Waldemar Neves, Diogo Nilo e Tereza Angélica, com Mãe Neide Oyá D’Oxum (GUESB/Inaê), Rodrigo Penatti (Ogan do GUESB e auxiliar de saúde bucal (ASB) da unidade docente assistencial (UDA/FAMED/SMS), bem como, com docentes de outras unidades acadêmicas e representantes do Inaê, para construção de um novo cenário de prática para estudantes do Internato do 11º e 12º período do curso de Medicina.

Em 2022, a ONG Inaê tornou-se campo de estágio obrigatório para estudantes do internato do curso de Medicina, e abriu as portas para estágio de outras unidades acadêmicas da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). A partir da experiência exitosa da FAMED, outros

cursos vêm desenvolvendo ações interprofissionais e estágios neste espaço como: Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, sempre com foco em atender as demandas desta comunidade, formada por usuários/as não cadastrados/as nas equipes de saúde da família (ESF), o que torna esta população invisibilizada e negligenciada no acesso à serviços básicos de assistência à saúde.

Atualmente, a ONG Inaê também é cenário de prática para a Residência Médica em medicina de família e comunidade (MFC) e para a Residência Multiprofissional em saúde do adulto e do idoso (SAI), promovendo, além de espaço de aprendizado, a possibilidade de interação entre os dois programas de residência do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL).

Em 2023, a disciplina de Saúde da População Negra e Indígena voltou a ser ofertada e passou a ser coordenada pelo professor Waldemar Neves na Faculdade de Medicina, tentando manter o mesmo formato e corpo docente. Foi realizada uma adequação e atualização no conteúdo programático, tendo como base a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2009). Assim, a disciplina eletiva tem por objetivo introduzir teorias e aproximar as ciências humanas (antro-sócio-psico-políticas) com a área da saúde, numa perspectiva de aprofundar as relações étnico-raciais, os diferentes tipos de racismo (estrutural e institucional), voltadas tanto para o ensino como nas práticas de saúde (Riscado, 2016).

Em 2024, ousamos dizer que a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL) tornou-se a primeira instituição de ensino superior no Brasil, a inserir em seu Projeto Político Pedagógico (PPP) um campo de estágio obrigatório em atendimento na APS dentro de uma ONG ligada a uma comunidade tradicional de religião de matriz africana (terreiro de umbanda), localizada em seu *campus* vicinal.

E, por fim, a partir de todas as articulações que a FAMED vem mediando, conjuntamente com a unidade docente assistencial Professor Gilberto de Macedo (UDA-UFAL), para a construção de redes de cuidados para o atendimento da comunidade do entorno da ONG Inaê, no contexto do SUS, voltadas para a saúde da População Negra, Povos e Comunidades Tradicionais de Terreiro e de Matriz Africana e para a saúde da população LGBTQIPNA+ (a princípio do VI e VII distritos sanitários) na atenção primária à saúde (APS).

3. RELATO DE EXPERIÊNCIAS

Até o presente momento, a maior parte do conjunto habitacional do Conjunto Village II não é contemplada pela estratégia saúde da família (ESF), portanto, os cidadãos precisam recorrer a diversos serviços para ter suas demandas de saúde atendidas, muitas vezes distante

de sua comunidade. Como não existe vínculo com uma equipe da ESF que faça o direcionamento desta população e tampouco estímulo à prevenção e promoção, muitos acabam buscando os serviços de saúde apenas quando os agravos já estão instalados, sendo mais difíceis de tratar, reduzindo assim a qualidade de vida dos indivíduos e trazendo mais custos ao sistema como um todo.

E é nesta comunidade que são realizados os atendimentos pelos/as internos/as do curso de Medicina (11^o e 12^o período do curso), com a assistência da população ao entorno do Inaê ou do GUESB, com foco na atenção primária em saúde (APS). Na análise dos prontuários, em um intervalo de 12 meses foram realizados 270 atendimentos, contemplando atendimentos adulto e pediátrico, e recebendo queixas das mais diversas áreas como clínica médica, ginecologia, psiquiatria, entre outros. Do total de atendimentos, cerca de 130 dos/as usuários/as retornaram para as consultas.

Segundo o Boletim lançado *Análise da situação de Saúde por Raça/Cor (2024)* realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Maceió (AL) apresenta um percentual de 65,57% de sua população autodeclarada negra (pretas e pardas de acordo com o IBGE). Quando analisados os prontuários do Inaê, no quesito raça/cor, verificamos que 56,6% das pessoas se autodeclararam como negras 12,1% foram de pessoas brancas e 31,3% os dados não foram preenchidos pelos/as estudantes. Se percebemos que, aproximadamente 1/3 (um terço) dos dados não foram preenchidos, existe uma grande possibilidade de aumento do número de indivíduos identificados como negro/a devido a subnotificação no quesito raça/cor. No Brasil, é essencial para a análise das desigualdades sociais esse preenchimento, já que as questões raciais afetam diretamente o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

Muitos/as profissionais ainda têm dificuldades em compreender a importância desse preenchimento, o que se reflete na subnotificação e no preenchimento incorreto dos dados. Segundo pesquisa realizada por Silva *et al.* (2022), em unidades de APS no Brasil, cerca de 30% dos prontuários não apresentam a informação sobre raça/cor, o que compromete a qualidade dos dados e, por consequência, das políticas públicas direcionadas à população negra e indígena. Além disso, estudos como o de Souza e Oliveira (2021) apontam que a falta de treinamento específico e a resistência dos/as profissionais à coleta de dados de raça/cor são fatores que contribuem para essa subnotificação.

Alguns estudos recentes destacam que o preenchimento adequado do quesito raça/cor/etnia na APS pode fornecer dados fundamentais para o planejamento e execução de políticas de saúde públicas que visem a redução dessas desigualdades. Segundo a pesquisa de Silveira *et al.* (2021) existem três aspectos principais nesta relação: (1) existe a dificuldade em

perguntar/responder a autodeclaração racial; (2) o racismo se expressa na coleta do quesito raça/cor; (3) os(as) profissionais de saúde têm dificuldade em reconhecer a utilidade do quesito raça/cor.

A identificação e a correta interpretação dos quesitos de raça/cor exigem uma abordagem sensível e contextualizada. O quesito raça/cor não é apenas uma questão de identidade pessoal, mas reflete também as desigualdades estruturais vivenciadas por determinados grupos. Em regiões onde a população negra e indígena é majoritária, o preenchimento adequado é ainda mais crucial para o desenvolvimento de ações afirmativas, como o fortalecimento da saúde da população negra, que historicamente sofre com o racismo estrutural e institucional.

Costa e Santos (2023) sugerem que a capacitação dos/as profissionais da APS sobre a importância e a correta aplicação do quesito raça/cor pode ser um caminho eficaz para superar os desafios encontrados. A educação continuada e o uso de tecnologias podem facilitar o registro dessas informações, incluir temas relacionados à diversidade racial nos currículos dos cursos de formação de profissionais de saúde e servir de estratégias que poderão ser adotadas para melhorar a coleta de dados e a atuação dos serviços de saúde.

Essa pesquisa não precisou passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois o acesso aos prontuários foi autorizado pela ONG, e de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD, 2014; 2019), o processamento dos dados pessoais foi baseado somente no quesito de raça/cor (mantendo-se o sigilo e confidencialidade), e por tratar-se de uma pesquisa em saúde coletiva para a produção de estatísticas epidemiológicas e para que possa servir de base para outras pesquisas na área.¹

4. DISCUSSÃO

4.1. Importância do Preenchimento do Quesito Raça/Cor na Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN, 2009) e a Portaria nº344, de 1º de fevereiro de 2017, do Ministério da Saúde (MS), ressaltam a relevância da coleta de dados sobre raça/cor como instrumento fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas que combatam as desigualdades raciais no país. A sistematização dessas informações permite ao Sistema Único de Saúde (SUS) avaliar as condições de saúde de populações negras, indígenas e outros grupos marginalizados, possibilitando a formulação de ações mais eficazes para atender às suas necessidades.

A Portaria nº344/2017 reforça a importância do correto preenchimento desse quesito como estratégia para monitorar e reduzir disparidades raciais no acesso aos serviços de saúde. A norma orienta a implementação de medidas para garantir que os dados de raça/cor sejam coletados de maneira consistente e sistemática, promovendo equidade e justiça social. No entanto, desafios como a resistência dos/as profissionais de saúde e a falta de capacitação continuam dificultando o preenchimento adequado desse quesito.

Silva *et al.* (2022) apontam que unidades de saúde que adotaram práticas consistentes de registro de raça/cor conseguiram mapear disparidades no atendimento, permitindo a implementação de programas específicos para a população negra, como o fortalecimento da atenção à saúde mental e à saúde sexual e reprodutiva.

4.2. Desafios no Preenchimento do Quesito Raça/Cor

Apesar das diretrizes normativas, como a Portaria nº344/2017, que estabelece a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos cadastros de pacientes, muitos/as profissionais de saúde ainda encontram dificuldades em registrar essa informação corretamente. A PNSIPN (2009) destaca que, embora haja intenção de reduzir desigualdades, ainda persistem barreiras no preenchimento do quesito, resultando em subnotificação significativa, especialmente em regiões com menor acesso à capacitação e infraestrutura adequada.

¹Art. 13. Na realização de estudos em saúde pública, os órgãos de pesquisa poderão ter acesso a bases de dados pessoais, que serão tratados exclusivamente dentro do órgão e estritamente para a finalidade de realização de estudos e pesquisas e mantidos em ambiente controlado e seguro, conforme práticas de segurança previstas em regulamento específico e que incluam, sempre que possível, a anonimização ou pseudonimização dos dados, bem como considerem os devidos padrões éticos relacionados a estudos e pesquisas.

§ 2º O órgão de pesquisa será o responsável pela segurança da informação prevista no caput deste artigo, não permitida, em circunstância alguma, a transferência dos dados a terceiro.

A resistência à coleta desses dados está frequentemente associada a preconceitos raciais implícitos. Pereira *et al.* (2022) e Almeida *et al.* (2022) relatam que, em algumas regiões do Brasil, profissionais de saúde ainda percebem o quesito raça/cor como uma categorização irrelevante ou mesmo segregacionista, o que impacta negativamente para o engajamento com políticas públicas voltadas à equidade racial.

4.3. Estratégias para Melhorar o Preenchimento do Quesito

A capacitação dos/as profissionais de saúde é essencial para superar a resistência e melhorar o preenchimento do quesito raça/cor. Conforme a Portaria nº344/2017, os/as gestores/as do SUS devem promover treinamentos periódicos e campanhas educativas para reforçar a importância da coleta desses dados. Além disso, a adoção de sistemas eletrônicos que facilitem a coleta e análise dessas informações pode contribuir para a qualidade do registro, como demonstrado em estudos realizados no Estado de São Paulo (Carvalho *et al.*, 2022).

O uso de ferramentas tecnológicas em algumas unidades de saúde tem permitido o registro rápido e preciso dos dados de raça/cor, minimizando erros de preenchimento e facilitando o monitoramento das ações afirmativas recomendadas pela PNSIPN (2009). No entanto, a capacitação dos/as profissionais para o correto preenchimento desses dados ainda se mostra um desafio.

4.4. Implicações para a Formulação de Políticas Públicas

O preenchimento adequado do quesito raça/cor é uma ferramenta essencial para a formulação de políticas públicas que promovam equidade no SUS. Dados precisos possibilitam a identificação de grupos marginalizados e a elaboração de estratégias direcionadas, como o fortalecimento de programas voltados à saúde mental, à atenção à saúde de mulheres negras e à prevenção de doenças prevalentes entre populações negras, de povos de comunidades tradicionais de terreiro, de matrizes africanas e indígenas.

Costa e Santos (2023) destacam que o uso adequado desses dados permite a formulação de políticas públicas mais assertivas, baseadas em evidências. Isso reforça a necessidade de utilizar as informações de raça/cor para ajustar as políticas de saúde, promovendo inclusão e combatendo desigualdades raciais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O preenchimento do quesito raça/cor na atenção primária à saúde (APS) é fundamental para garantir que as políticas públicas sejam equitativas e inclusivas. Normativas como a PNSIPN (2009) e a Portaria nº344/2017 evidenciam o compromisso do SUS com a redução das desigualdades raciais. No entanto, desafios como a resistência dos/as profissionais de saúde e a falta de capacitação ainda comprometem a qualidade dos dados coletados.

É imprescindível a adoção de estratégias como capacitação contínua, uso de tecnologias e sensibilização para as questões raciais. Somente com dados precisos e bem coletados será

possível formular políticas públicas eficazes que garantam acesso equitativo à saúde para populações negras, de povos de comunidades tradicionais de terreiro, de matrizes africanas e indígenas e outros grupos vulnerabilizados. A qualificação da coleta e análise dos dados de raça/cor é um passo essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S. *et al.* **Desafios e estratégias para a coleta de dados sobre raça/cor na Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso no Nordeste do Brasil.** Revista de Saúde Pública, 56(2), 99-112. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).** Lei nº13.709, de 14 de agosto de 2018. 2018. Disponível em: www.planalto.gov.br.

BRASIL. Portaria nº344, de 1º de fevereiro de 2017, Ministério da Saúde (MS). **Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.** 2017. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=62&data=02/02/2017>

CARVALHO, L. G. *et al.* **Tecnologia digital no registro de raça/cor e a melhoria da qualidade dos dados na Atenção Primária em Saúde.** Revista Brasileira de Saúde, 47(3), 23-34. 2022.

COSTA, A. S.; SANTOS, F. M. **Impacto do preenchimento do quesito raça/cor na formulação de políticas públicas de saúde na região Norte do Brasil.** Saúde Coletiva, 11(1), 78-85. 2023.

PEREIRA, D. S. *et al.* **Racismo estrutural e a resistência ao preenchimento do quesito raça/cor: uma revisão crítica.** Revista de Ciências da Saúde, 10(4), 143-156. 2022.

PUENTES, C. C. R. **A Oralidade na Transmissão dos Saberes da Cultura Afro-Brasileira – Desafios na contemporaneidade.** In: II Seminário Internacional História do Tempo Presente, Florianópolis-SC. Anais do II Seminário Internacional História do Tempo Presente, Florianópolis, SC [...]. [S. l.: s. n.], 2014.

RISCADO, J. L. S. **A perspectiva das iniquidades da saúde, do racismo e do racismo institucional: experiências na construção e implementação de disciplinas eletivas acadêmicas na graduação e programa “stricto sensu”, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.** Laplage em Revista (Sorocaba), v. 2, n. 3, set.-dez. 2016, p. 113-121.

SILVA, P. R. *et al.* **A importância do preenchimento correto do quesito raça/cor na Atenção Primária: desafios e avanços.** Revista de Políticas Públicas em Saúde, 8(1), 112-127. 2002.

SOUZA, L. R.; OLIVEIRA, M. A. **Resistências e desafios no preenchimento do quesito raça/cor na Atenção Primária à Saúde: um estudo qualitativo.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 22(2), 35-47. 2021.

CAPÍTULO XIV

JORNAL DA JACY: TECNOLOGIA SOCIAL PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE E CIDADANIA NO SISTEMA PRISIONAL

Amasília Romeiro dos Santos
Elaine Bordini Villar
Gabriel Silvestre Minucci
Juliana Pereira da Silva Faquim
Mariana Hasse

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-14

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde para pessoas privadas de liberdade (PPL) está assegurado pela Constituição Federal e pela Lei de Execuções Penais (LEP) (Brasil, 2009; 1984). Para dar garantia a tais direitos, em 2003 foi publicado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que, tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), traça diretrizes para a oferta do cuidado no contexto prisional (Brasil, 2005). Apesar de representar um avanço, o PNSSP se desenvolveu de forma incipiente devido à ausência de financiamento adequado para sua implantação (Costa *et al.*, 2022).

Para repensar tal cenário, entre 2011 e 2014, ocorreu um movimento com ampla participação de gestores, trabalhadores de serviços penais, universidades e sociedade civil organizada, a partir do qual foi construída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), pactuada com órgãos de gestão e controle social (Brasil, 2014).

A PNAISP está organizada a partir da lógica da Atenção Primária à Saúde (APS) e, enquanto componente da Atenção Básica, as ações estão planejadas para serem ofertadas por equipes multiprofissionais que atuam “*in loco*”. As unidades de saúde prisional devem ser o elo do usuário com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e articular o cuidado referenciando, sempre que necessário, as ações de maior complexidade para a atenção especializada. Além disso, a PNAISP prevê o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação, pautadas nos princípios do SUS e realizadas de forma intersetorial –

especialmente com as políticas de justiça criminal, direitos humanos, afirmativas e sociais básicas (Brasil, 2014).

Apesar de ser considerada um avanço na ampliação do acesso a direitos e cidadania, a implementação da PNAISP é um desafio diante dos imensos obstáculos sociais e sanitários existentes no sistema carcerário. Pesquisas sobre a assistência ofertada no contexto prisional, evidenciam que há poucas ações de prevenção e promoção da saúde, assim como raros atendimentos multiprofissionais. O que se encontra, são práticas que se assemelham mais à lógica de pronto atendimento de emergências e com foco na dispensação de medicamentos – principalmente analgésicos e psicotrópicos (Costa *et al.*, 2022).

Segundo Pereira *et al.* (2021), a constante vigilância e periculosidade existente nas unidades prisionais gera nos profissionais um enclausuramento – subjetivo e dos processos de trabalho. Esse aprisionamento, somado às adversidades do dia a dia, como burocracias, morosidade jurídica, escassez de recursos e vulnerabilidades na qual as PPL se encontram, culminam em sentimentos de desesperança, impotência e tristeza nos trabalhadores.

As prisões brasileiras têm sido consideradas os piores locais do mundo para se viver (Minayo; Ribeiro, 2016), e produzir algo que suplante essa lógica não é algo simples: “*Esses sentimentos acompanham pensamentos desmotivadores, como desejo de desistir e a falta de vontade, que acarretam conformismo com a rotina e poucas ações para romper ou lutar contra esses obstáculos*” (Pereira *et al.*, 2021, p. 4).

Nesse território tão singular e desafiador, a equipe de atenção básica prisional (EABP) “Além das Grades”, após algumas experiências com o uso de tecnologias leves de cuidado para o fortalecimento da PNAISP, elaborou e implementou o *Jornal da Jacy*.

A proposta foi criar um jornal impresso destinado às PPL como forma de acesso à informação, democratização da cultura e promoção de cidadania. Ele pode ser entendido como uma tecnologia social, definida como:

Método, processo ou produto transformador, desenvolvido e/ou aplicado na interação com a população e apropriado por ela, que represente solução para inclusão social e melhoria das condições de vida e que atenda aos requisitos de simplicidade, baixo custo, fácil aplicabilidade e replicabilidade (CAPES, 2019, p. 36).

Avanços e melhorias na qualidade de vida têm sido historicamente marcados pelo desenvolvimento de tecnologias sociais, que devem ser voltadas para a solução de problemas básicos, como suprimento de água potável, alimentação, educação, energia, habitação, renda, saúde e meio ambiente (Gutierrez *et al.*, 2020).

2. DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

2.1. O Território

A proposta considerou as especificidades da comunidade em que foi desenvolvida. A unidade prisional fica em uma cidade de grande porte no interior de Minas Gerais, e, em média, 1900 homens vivem ali – em sua maioria negros, jovens e com baixa escolaridade, como a maior parte das PPL do país (DEPEN-MG, 2020).

O presídio foi inaugurado com capacidade para 260 pessoas e já nasceu superlotado. Minas Gerais é o segundo Estado com maior número de PPL no país. Estima-se que possua mais de 200 instituições prisionais, com capacidade para atender, aproximadamente, 37 mil pessoas. Entretanto, o Estado tem em torno de 71 mil internos, confirmando a existência de superlotação em quase todas as unidades (DEPEN-MG, 2020).

Os apenados estão distribuídos em 13 pavilhões e alocados em 195 celas. Existem algumas modalidades de celas distintas, que abrigam apenas uma ou duas pessoas, mas, na maioria delas, vivem entre 18 e 20. Elas têm cerca de 6m² e a limitação do espaço ocasiona problemas osteomusculares, como dores no pescoço, costas e coluna, dores ciáticas e bursite. Os homens se acomodam em colchões e redes, feitas com saquinhos de leite para ampliar o espaço existente. Cada cela tem um banheiro, com água fria para o banho. Filtros de água são permitidos, mas devem ser providenciados por familiares.

Os espaços são escuros. De dia, a luz é a que entra pelas grades e por uma pequena ventana de ventilação. Durante à noite, existe apenas um feixe de luz vindo desse tubo na parede, e os relatos são de que não se enxerga nada. Os homens tentam manter as celas limpas, mas é uma tarefa difícil, devido à impossibilidade de esvaziar o espaço, à falta de ventilação e aos vazamentos constantes. As precárias condições de higiene, com mofo e presença de roedores, tornam o ambiente propício ao adoecimento, especialmente por doenças respiratórias (sinusite, rinite alérgica, bronquite e tuberculose) e dermatológicas. As roupas, que são lavadas nas próprias celas, secam penduradas nas grades, o que diminui ainda mais a ventilação e a entrada de luz.

A comida vem em *marmitex* e há pouca diversidade de alimentos, com predomínio de carboidratos e quase sem opção de saladas. Não há individualização no preparo de dietas, o que torna ainda mais precária a situação de saúde daqueles que têm alguma condição crônica. A última refeição do dia é entregue às 16 horas, e a próxima, somente às 8:30 da manhã seguinte. Uma vez por mês, as famílias podem realizar o depósito de uma sacola com itens de higiene, alimentos, roupas e livros pré-determinados e autorizados.

Poucos presos têm oportunidades de remição de pena através do trabalho, sendo tal oportunidade muito valorizada. A falta de ocupação e o ócio são frequentes e muito penosos em uma rotina regida por rigorosas medidas de segurança, que incluem revistas minuciosas e restrição de contato com o exterior. Com raras exceções, não há acesso a meios de comunicação como TV, rádio, jornal ou outras modalidades de mídia, e as informações são obtidas apenas através de conversas com servidores, familiares e/ou pessoas que ingressam na unidade.

O presídio conta com equipes de policiais penais que trabalham em regime de plantão. Eles são responsáveis pela segurança da unidade e pelo deslocamento dos presos para consultas de saúde, atendimentos jurídicos, o trabalho e a escola. A unidade também conta com uma Equipe Multiprofissional, formada por médico clínico, enfermeira, técnico de enfermagem, psicólogas, dentista e auxiliar de saúde bucal, que compõem o Núcleo de Saúde do presídio. Há cinco anos, a unidade também possui com um ponto de Atenção Primária à Saúde, a EABP Além das Grades, cedida pela Prefeitura Municipal e vinculada a uma organização social (OS) local. A equipe é composta por médico clínico, enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, farmacêutica e psicóloga. O trabalho das equipes é dividido: a equipe de servidores é responsável pela resposta a ofícios judiciais e atendimentos burocráticos da instituição, como classificação para o trabalho, enquanto a equipe Além das Grades atua como atenção básica.

2.2. Estratégias de Promoção da Saúde

A função disciplinar da prisão e a forma como a política de encarceramento se apresentam no Brasil apontam para a existência de uma necropolítica (Mbembe, 2018). Efetivamente, uma EABP não tem poder para alterar tal contexto, mas, a despeito das muitas limitações impostas pela realidade da prisão, pode se valer de algumas estratégias para melhorar a qualidade de vida no território. Uma delas é a promoção da saúde, dispositivo que, integra saberes técnicos e populares e se ampara em uma concepção ampla do processo saúde-adoecimento-cuidado e seus determinantes. Com isso, tem potencial de mobilizar recursos institucionais e comunitários para enfrentar problemas de saúde e aumentar o bem-estar da população (Buss, 2009).

No começo de 2019, quando chegou ao presídio, a EABP identificou que os apenados usavam pedaços de papel de pão ou folhas de caderno para escreverem bilhetes. As mensagens continham notícias do pavilhão ou pedidos individuais, mas não havia nenhum fluxo de leitura e a maior parte deles era descartado antes mesmo de ser lido. Os bilhetes são uma forma tradicional que as PPL utilizam para comunicarem necessidades e demandas (Oliveira *et al.*, 2020). Também chamados “kaôs” – que na linguagem interna significa mentira, enganação –,

eles são entregues aos policiais penais que ficam incumbidos de encaminhá-los ao setor da saúde para que os profissionais realizem o manejo da demanda.

Para diminuir o estigma relacionado ao “kaô”, validar as informações ali contidas e legitimar as demandas endereçadas, a EABP passou a chamá-los oficialmente de *bilhetes* ou *fale comigo*. Foi instituído um impresso padronizado, que era enviado semanalmente a cada pavilhão, com espaço para preenchimento dos dados pessoais do remetente, imprescindíveis para possibilitar um retorno adequado à solicitação. Também foi elaborado um fluxo de encaminhamento e recebimento dos bilhetes e uma planilha onde cada demanda era inserida para acompanhamento até sua resolução. Essa foi a primeira ação relacionada à melhoria da comunicação e fortalecimento do vínculo com os apenados realizada pela equipe.

Logo depois, quando a pandemia de COVID-19 começou, devido aos enormes riscos de contaminação, muitas restrições foram implementadas no presídio, como a suspensão de visitas. Tais medidas foram tomadas sem que maiores informações fossem passadas aos presos que, ainda mais isolados e sem saber o que estava acontecendo extramuros, ficaram ansiosos e preocupados com a falta de notícias. Isso tornou o ambiente mais tenso, com diversas ameaças de rebeliões e represálias que seriam sentidas nas ruas. Gritos de socorro de mais de duas mil pessoas, junto com batidas nas grades de ferro ecoavam todos os dias.

Nesse contexto de extrema apreensão, a EABP organizou uma iniciativa de, usando uma caixa de som e microfone, visitar todos os pavilhões diariamente para replicar informações sobre o que estava ocorrendo no Brasil e no mundo. Havia espaço para esclarecimento de dúvidas e a ação proporcionou momentos de reflexão, calma e orações por parte das PPL, que entenderam a gravidade do cenário sanitário e as medidas tomadas. Com o desenvolvimento da vacina, a vida foi retomando seu curso e a equipe entendeu que precisava ampliar ainda mais os espaços de comunicação dentro da unidade.

Ainda buscando melhorias na rotina e na qualidade de vida dentro do presídio, a EABP implementou um mural na sala de espera unidade de saúde. Quando deslocados de suas celas para serem atendidos, por medida de segurança, os presos aguardavam em pé, virados para a parede. Após negociação com a direção da unidade, foram construídos bancos e, como ainda ficavam virados para a parede, foi feito um mural em que há avisos importantes, informações de saúde, exposição de poemas e desenhos enviados pelos apenados, que podem ser lidos pelos que esperavam pelo atendimento.

2.3. O Jornal da Jacy

Todas estas ações culminaram no *Jornal da Jacy*. Para seu desenvolvimento, foi organizada uma equipe editorial, responsável pelo levantamento dos acontecimentos e assuntos relevantes para a publicação. Inicialmente, foi elaborada uma proposta do jornal para apresentar à diretoria da unidade prisional e à gestão da OS, que ficou encarregada de arcar com os custos de impressão. Ficou pactuada a distribuição mensal de um exemplar por cela, em um universo de cerca de 1900 pessoas.

As duas primeiras edições do jornal tiveram uma diagramação amadora e foram impressas em papel A4, preto e branco. Hoje, já na sétima edição, sua diagramação é realizada por profissionais da área e o jornal é impresso em uma gráfica, em papel especial e colorido.

Imagens: Edições 1 e 6 do *Jornal da Jacy*.



Fonte: Acervo pessoal.

Cada edição começa com uma sessão chamada de *Editorial*, em que se escreve sobre um tema geral, normalmente relacionado ao mês da publicação. Por exemplo, na edição de fevereiro, falaram sobre o carnaval, e na de agosto, sobre o Dia dos Pais. Há informações gerais sobre o tema e convites à reflexão acerca de vivências pessoais relacionadas ao assunto.

Outra sessão existente é a de informações gerais, que traz a previsão do tempo para o mês, boletins esportivos e notícias em geral. Ali são relatados fatos culturais, econômicos e políticos sobre o Brasil e o mundo. A piora na tensão entre Venezuela e Equador, a tragédia climática que assolou o Rio Grande do Sul e casos sobre pessoas que se curaram da infecção pelo HIV são alguns exemplos do que já foi abordado.

Embora estejam, nesse momento, privadas do direito de ir e vir, as PPL permanecem com seus demais direitos, que deveriam ser protegidos e garantidos pelo Estado – especialmente por estarem sob custódia e responsabilidade dele (Brasil, 2014). Nesse sentido,

assegurar acesso à informação é um importante instrumento de desenvolvimento social, em razão de seu caráter formativo e promotor de cidadania (Freire, 2003). Além disso, pode ser um dispositivo que favorece a criação de vínculos ao suscitar diálogos e maior interação.

O *Jornal da Jacy* também traz, todos mês, informações sobre saúde. No *Comunica Farma*, sessão elaborada pela farmacêutica da equipe, já foram discutidos os riscos do uso indiscriminado de medicações – algo comum nas prisões para regularizar padrões de sono, ajudar a fugir da realidade e minimizar sintomas da abstinência (Cristo *et al.*, 2021). Em um contexto em que, tanto para os apenados quanto para os policiais a rotina fica bem mais fácil com cada um em sua cela, a hiper medicalização é frequente.

Também já foram publicadas informações sobre prevenção do câncer bucal, com recomendações sobre sinais de alerta, e uma rotina de exercícios de alongamento para restringir os danos causados pelas péssimas instalações e condições de trabalho. Quando houve piora nos casos de dengue, alertas sobre sintomas do quadro e orientações sobre como evitar a proliferação dos mosquitos, estavam na edição.

Muitas condições e adoecimentos abordados decorrem do próprio confinamento. Além das circunstâncias degradantes e das tensões que decorrem dos relacionamentos interpessoais e institucionais, não há um reconhecimento das PPL como sujeitos de direitos, o que legitima o desrespeito sistemático à legislação que regula o sistema prisional. Ademais, mesmo que a realidade prisional fosse diferente, a privação de liberdade por si só já constitui um vetor de sofrimento (Nascimento; Bandeira, 2018; Minayo; Ribeiro, 2016).

Por isso, a característica punitiva do sistema de justiça criminal precisa ser combatido e discussões sobre novos paradigmas, como a justiça restaurativa – capaz de humanizar as respostas estatais para condutas entendidas como criminosas –, são urgentes (Amorim; Bezerra, 2023).

Enquanto não ocorre uma ampla reforma do sistema, promover a saúde das PPL com uma perspectiva de prevenção de agravos e redução dos danos do próprio encarceramento, segue sendo um caminho para uma sociedade mais justa: *“Afirmar o direito à saúde e à vida no interior das prisões é um compromisso ético-político necessariamente contrário à lógica punitivista do Estado”* (Nascimento; Bandeira, 2018, p. 113).

Nesse sentido – e tendo a reintegração social como foco –, nessa sessão também são publicadas informações sobre outras políticas públicas, especialmente relacionadas à inclusão social. No estado de Minas Gerais, por exemplo, existe o Programa de Inclusão Social de Egressos do Sistema Prisional (PrEsp), que acompanha egressos e familiares com o objetivo de

contribuir com a retomada da vida em liberdade e prevenir reincidências. Apesar da relevância e potencial do serviço, poucas pessoas no presídio o conheciam.

Para garantir um cuidado integral, é necessário que haja uma prática intersetorial, uma articulação sistemática e cooperativa entre distintos setores da sociedade. A intersetorialidade é uma prática social construída para enfrentar os limites e a fragmentação institucionais, e foi alçada como dispositivo privilegiado para produção da integralidade do cuidado (Couto *et al.*, 2014). Está entre as atribuições da APS coordenar o cuidado, ou seja, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares (PTS) e o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, inclusive com outros setores (Barbosa *et al.*, 2014). Assim, a promoção de mecanismos que favoreçam o diálogo, fluxos de informação e comunicação entre diferentes serviços é fundamental para a efetivação de práticas intersetoriais. Profissionais do PrEsp relataram que egressos os procuraram após lerem a notícia no jornal e, desde então, essa é uma pauta fixa em todas as edições.

Outro conteúdo relevante do jornal são as notícias que tratam da própria unidade prisional. Com chamadas como: “*O que é o amigo da saúde*”, “*Você sabe como funciona o fale comigo?*” e “*Recebimento de medicamentos de familiares*”, são comunicações sobre o funcionamento e organização da vida na unidade e democratizam informações importantes para todos que vivenciam o dia a dia na instituição – incluídos os trabalhadores.

O controle do acesso a direitos em uma unidade prisional é influenciado pela “*dupla governança*” existente na prisão, que se refere a dois aspectos. O primeiro deles é a constante tensão entre segurança e saúde. O segundo é a gestão concreta das unidades, realizada oficialmente pelo Estado, na figura dos trabalhadores e da legislação, mas também pelas PPL, que se organizam, elegem lideranças e participam ativamente da criação e manutenção das “leis” da prisão (Marcis, 2016). Assim, os atendimentos à saúde são utilizados como elementos de negociação, tanto pelos presos, quanto por profissionais e, por isso, é possível que os apenados precisem ter suas necessidades validadas pelo grupo e permissão de líderes para acessar seus direitos (Oliveira *et al.*, 2020).

É um contexto em que todos, mesmo que de diferentes formas, estão preocupados com a possibilidade de serem alvo de violências. Ao mesmo tempo, há uma percepção geral de que é impossível modificar as condições insalubres da prisão, o que gera uma sensação de impotência (Diwana *et al.*, 2008). Nesse cenário, é fundamental estar atento ao modo como se estruturam as relações de poder, exatamente para buscar por linhas de fuga, maneiras criativas de burlar o que está instituído (Nascimento; Bandeira, 2018).

Algumas dessas estratégias são noticiadas pelo jornal, como a história do grupo de um pavilhão que construiu um jogo de tabuleiro e organizou um campeonato, que acontece durante os banhos de sol. O relato descreve as regras do jogo e promete contar o nome do vencedor. Além disso, incentiva o envio de informações sobre o que têm sido criado nas celas e pavilhões para ser publicado nas próximas edições.

Ainda nesse sentido de fortalecer linhas de fuga, os textos são elaborados em uma linguagem acessível e com termos e expressões cotidianas do contexto prisional, visando tornar o jornal mais convidativo e motivar o envio de materiais pelos presos. Em todas as edições foram publicados materiais elaborados por eles, que se sentem valorizados e reconhecidos. Inclusive, foi realizado um concurso para escolher os melhores poemas e desenhos, que foram expostos no mural da unidade de saúde.

Há necessidade de negociação constante com a direção da unidade e gestão da OS para manutenção da proposta e publicação de determinados temas, o que nem sempre é algo simples. Mas, diariamente a comunidade elogia a iniciativa e a equipe editorial recebe materiais para publicação e sugestões de pauta. Um pavilhão, inclusive, criou seu próprio jornal, com notícias locais, o que demonstra o potencial do jornal e motiva a construção das próximas edições.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Jornal da Jacy*, um impresso criado e distribuído no âmbito do sistema prisional, é uma proposta pioneira e inovadora, que contempla o processo ampliado de saúde, considerando a comunicação e o acesso à informação como parte do cuidado integral e equânime a pessoas privadas de liberdade.

Ao trazer para o debate notícias extra e intramuros, temas de prevenção à saúde e incentivar a criação cultural, ele amplia as possibilidades de diálogo e diminui a distância entre o território da unidade prisional e o mundo, promovendo saúde e cidadania.

Embora presentes há muito tempo na vida das comunidades, e consagradas enquanto ferramentas de transformação, as tecnologias sociais ainda não assumiram um protagonismo nas políticas públicas. Pelo contrário, o que se vê no campo da ciência e tecnologia do país é uma visão convencional de inovação, que não abarca as tecnologias sociais e, inclusive, as descartam.

O desenvolvimento de tecnologias sociais em contextos de vulnerabilidade, como é o prisional, possui grande potencial já que elas surgem das próprias demandas da comunidade e

buscam atendê-las. Isso faz com que seja necessário utilizar fundamentos democráticos, como ouvir o coletivo, o que só é possível se forem consideradas cidadãs e detentoras de direitos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. L.; BEZERRA, E. M. F. A justiça restaurativa como alternativa ao cárcere – na perspectiva do abolicionismo penal. **Revista Destaques Acadêmicos**, [S. l.], v. 15, n. 2, 2023. Disponível em: <https://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/3311>. Acesso em: 10 dez. 2024.

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M.; OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, 30(4), 2022.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 02 dez. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988**. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. **Lei nº7.210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execuções Penais (LEP)**. Brasília, DF: Presidência da República, 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm. Acesso em: 02 dez. 2024.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERINA, D. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2009.

CAPES. Produção Técnica. Grupo de Trabalho. **Relatório de grupo de trabalho**. Brasília, Ministério da Educação, 2019. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/pt/relatorios-tecnicos-dav>. Acesso em: 03 dez. 2024.

COSTA, M. C. *et al.* Política de saúde prisional brasileira: uma revisão integrativa. **Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário**. 2022;11(4):103-25. Disponível em: <https://prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/936>. Acesso em: 09 dez. 2024.

COUTO, B. R.; YAZBEK, M. C.; SILVA E SILVA, M. O. (Org.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2014.
DEPEN-MG. Departamento Penitenciário de Minas Gerais. 2020. Disponível em: <http://www.depen.seguranca.mg.gov.br/> Acesso em: 07 dez. 2024.

CRISTO, M.; DINIZ, M. L.; CONCEIÇÃO, V. M.; LEO, M. M. F.; ARAÚJO, J. S.; SIMONETI, R. A. A. O. The health of men deprived of liberty in Brazil. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 12, p. 288–294, 2021.

DIUANA, V. *et al.* Saúde em prisões: Representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 24(8), 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 36. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2003.

GUTIERREZ, D. M. G.; CARVALHO, S. M. S.; RODRIGUES, D. C. B.; GARCIA, J. C. D. Política nacional de tecnologia social: reflexões a partir de um grupo de trabalho amazônico. **Revista Terceira Margem Amazônia**, v. 6, n. 14, p. 31-42, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.36882/2525-4812.2020v6i14p31-42>.

MARCIS, F. L. A impossível governança da saúde na prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim). *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(7), 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.00162016>.

MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte**. São Paulo: N1 Edições, 2018.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência e saúde coletiva**, n. 21(7), junho, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tRXJDPpwf6s6sf5xDBmS94f/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2024.

NASCIMENTO, L. G.; BANDEIRA, M. M. B. Saúde Penitenciária, Promoção de Saúde e Redução de Danos do Encarceramento: Desafios para a Prática do Psicólogo no Sistema Prisional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 38(spe2), 2018.

OLIVEIRA, R. S.; HAMIKO, H. C. C.; SCHAEFER, R.; SANTOS, D. V. D; ALBUQUERQUE, G. S. C.; STEFANELLO, S. Cômulo do inferno: acesso à Atenção Básica em duas delegacias de uma grande cidade brasileira. **Interface (Botucatu)**. 2020;24(Supl. 1):e190524 <https://doi.org/10.1590/Interface.190524>.

PEREIRA, T. G.; REIS, A. O. A.; ZIONI, F. Pensar, sentir e agir de profissionais que atuam com gestantes e mães com bebês no sistema prisional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. v. 46;e.10., 2021. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000022619>.

CAPÍTULO XV

CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE E OS DESAFIOS DO ENCARCERAMENTO FEMININO

Mariana Hasse
Amasília Romeiro dos Santos
Isabella Borges Resende Anastácio
Giovanna Garcia Gardini
Bárbara Dias Rezende Gontijo
Juliana Pereira da Silva Faquim

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-15

1. INTRODUÇÃO

O Brasil ocupa o terceiro lugar no ranking mundial de pessoas privadas de liberdade, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e China. Em 2023, o número total de indivíduos privados de liberdade no Brasil – em celas físicas ou em prisão domiciliar –, era de cerca de 850 mil pessoas (Brasil, 2023). Desde o início dos anos 2000, a população carcerária feminina cresceu surpreendentes 656%, chegando a 42 mil mulheres privadas de liberdade em 2016, com uma taxa de ocupação de 156,7%, ou seja, havia 16 mulheres em um espaço destinado a dez (Brasil, 2017).

Por ter uma população privada de liberdade ainda prioritariamente masculina, 74% dos estabelecimentos prisionais foram planejados para a detenção de homens, contra 16% para um público misto e apenas 7% exclusivamente para mulheres. Ou seja, grande parte das mulheres cumprem pena em espaços adaptados, o que as torna mais vulneráveis quanto a sua cidadania e direitos (Brasil, 2023).

Levando em consideração as especificidades das mulheres nesse contexto, em 2010 a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou as “Regras de Bangkok”, o principal marco normativo internacional para o tratamento de mulheres privadas de liberdade. Suas diretrizes visam atender, entre outros aspectos, a necessidades de saúde que incluem atenção psicossocial e à períodos gestacionais e puerperais, estratégias para reagrupamento familiar, acesso à educação e abordagens sensíveis ao gênero na reabilitação (Brasil, 2016).

Tendo como base tais regras, em 2014 o governo brasileiro publicou a Portaria Interministerial nº210, que criou a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). O objetivo dessa política é garantir maior humanização no cumprimento das penas através de acesso à saúde, educação, alimentação, trabalho, segurança, lazer e assistência jurídica (Brasil, 2014a).

Também em 2014 foi promulgada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o propósito de garantir o direito universal à saúde. Através de diferentes estratégias, ela visa ampliar o acesso a serviços, realizar o controle e redução dos agravos sanitários e efetivar ações de prevenção e promoção de saúde e cidadania, sempre em uma perspectiva intersetorial (Brasil, 2014b).

Apesar de todas essas previsões e alguns esforços direcionados, o encarceramento feminino continua a enfrentar desafios significativos, incluindo a inadequação dos espaços físicos, deficiências no atendimento à saúde e a persistência de práticas violentas. Assim, este estudo, inserido em um projeto mais amplo, teve como objetivo caracterizar o perfil das mulheres encarceradas no sistema prisional de uma cidade brasileira e discutir os desafios relacionados ao encarceramento feminino.

2. METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa que caracterizou mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional de uma cidade de grande porte mineira. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e todas as pessoas envolvidas no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As participantes foram mulheres encarceradas em regime fechado, sem distinção de conduta criminal, que voluntariamente forneceram seu consentimento informado. Foram excluídas da pesquisa mulheres confinadas em celas privadas e isoladas da convivência comunitária por determinação da unidade prisional, bem como aquelas que retiraram o consentimento para participar do estudo.

De um total de 106 mulheres presas na unidade quando o projeto foi desenvolvido, 83 participaram da pesquisa. A participação se deu através de uma entrevista individual, realizada em espaço privativo. No primeiro contato, foram elucidados os objetivos e a metodologia da pesquisa, e as participantes que manifestaram seu interesse consentiram assinando a documentação necessária. As entrevistas foram realizadas por uma equipe previamente capacitada e supervisionada pela pesquisadora principal.

A entrevista foi baseada em questionário estruturado que continha um conjunto de perguntas sobre características sociodemográficas, informações jurídicas, antecedentes familiares, nível de escolaridade, histórico profissional, dados relacionados à saúde e experiências no cárcere.

Os dados foram tabulados por meio do *Software SPSS* versão 20.0 (IBM Inc., Chicago, IL, USA, 2008). Foi utilizada a técnica de dupla digitação e sobreposição de planilhas para eliminar possíveis erros de digitação. As diferenças identificadas foram corrigidas por meio de revisão no instrumento de coleta de dados. Foi realizada uma análise descritiva dos dados através de tabelas e, posteriormente, foi aplicada estatística inferencial. Os resultados do presente estudo foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 17.0 (IBM Inc., Chicago, IL, USA, 2008) e no programa *BioStat 5.0®*.

Uma limitação do estudo é ter sido realizado em uma única unidade prisional, o que pode restringir a generalização dos resultados para outras regiões ou populações. Além disso, a confiança em dados auto-relatados pode introduzir preconceitos relacionados com a desajustabilidade social ou a recuperação da memória, afetando potencialmente a precisão das respostas. Apesar destas limitações, os resultados oferecem dados valiosos que propiciam discussões sobre os desafios relacionados ao encarceramento feminino.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados sociodemográficos oferecem um panorama do perfil das mulheres entrevistadas. Das 83 participantes, 63,9% tinham entre 18 e 38 anos. A autodeclaração étnico-racial mostrou que 66,3% se identificam como negras, sendo 49,4% pardas e 16,9% pretas.

Tais resultados estão alinhados com estudos que mostram a sobrerrepresentação de mulheres jovens e negras no sistema prisional brasileiro. Dados sobre a faixa etária dessa população, disponíveis para 30.501 mulheres (74% do total da população feminina privada de liberdade), revelam que 50% são jovens (definido como até 29 anos de acordo com o Estatuto da Juventude). As informações sobre raça, cor ou etnia, disponíveis para 29.584 mulheres (72% da população carcerária feminina), indicam que 62% das mulheres encarceradas são negras, percentual que sobe para 68% em Minas Gerais (Brasil, 2023; 2017).

Em relação à orientação sexual, 60,2% das entrevistadas se identificaram como heterossexuais e 26,5% como bissexuais, o que sinaliza uma diversidade entre as mulheres encarceradas. Um total de 30,1% das entrevistadas eram naturais da própria cidade em que estão presas, enquanto 26,5% eram oriundas de cidades próximas, o que sugere uma mobilidade regional. Notavelmente, 43,4% das mulheres eram provenientes de outras regiões

do Brasil, o que registra uma representação diversificada de diferentes partes do país entre as participantes. Essa diversidade geográfica destaca a complexidade e a abrangência das trajetórias individuais das mulheres encarceradas, bem como a necessidade de políticas públicas que considerem as particularidades regionais no contexto prisional.

Há uma predominância de mulheres solteiras (57,8%), seguida por casadas ou em união estável (33,7%) e viúvas (8,5%). A maternidade entre as entrevistadas é multifacetada e, considerando que 79,5% das participantes têm filhos, destaca-se a responsabilidade materna como uma realidade significativa no contexto prisional. Entre aquelas que são mães, 48,2% têm três ou mais filhos, 20,5% têm dois filhos e apenas 10,8% possuem um único filho, o que revela famílias numerosas entre as entrevistadas.

Em termos de cuidados pré-natais, 73,5% afirmaram ter realizado acompanhamento pré-natal durante a gestação, sendo que 63,9% tiveram seis ou mais consultas médicas, o que demonstra uma adesão significativa aos cuidados recomendados. Além disso, esse dado reforça o alcance do Sistema Único de Saúde (SUS) como um modelo universal na garantia do direito constitucional à saúde (Brasil, 1990).

Quanto ao parto, 43,4% das entrevistadas relataram ter passado por, ao menos, uma cesárea, indicando uma incidência considerável deste procedimento. A alta incidência de cesáreas no Brasil ocorre entre mulheres em geral. No setor de saúde suplementar quase 90% dos partos são cesáreas, enquanto no SUS ela ocorre em uma média de 48% dos partos. Esses números – acima daqueles recomendados pela OMS –, sinalizam para um dos desafios que a produção do cuidado em saúde no Brasil enfrenta (Guimarães *et al.*, 2021).

Ainda sobre a história reprodutiva das mulheres entrevistadas, 26,5% experienciaram pelo menos um aborto em sua vida (não responderam se provocado ou espontâneo, apesar de perguntado). Segundo Diniz *et al.* (2023), o aborto é um evento que faz parte da história reprodutiva das mulheres brasileiras, e é possível afirmar que, aos 40 anos de idade, quase uma em cada sete mulheres já fez um aborto.

As dinâmicas familiares das participantes são impactadas pelo encarceramento das mulheres que são mães, e faz com que 39% delas dependam de parentes maternos para cuidar dos filhos, especialmente das avós maternas (21,7%). Em 28,9% dos casos, os filhos estão com o pai ou alguém da família paterna.

Os dados trazem ainda outros dados quanto ao suporte familiar. Apesar de 49,4% das entrevistadas afirmaram manter algum tipo de contato com suas famílias, esse contato é pessoal em apenas 22,9% dos casos. Além disso, a maioria das entrevistadas (53%) relatou não ter nenhum contato com seus filhos. Em contraste ao escasso suporte ofertado às mulheres por

familiares, homens presos possuem um engajamento significativo e um maior nível de suporte, especialmente de suas mães e companheiras (Chaves *et al.* 2021).

Apesar de muitas mulheres privadas de liberdade serem casadas ou estarem em uma união estável, um número pequeno ou inexistente de homens companheiros frequenta o cárcere feminino em dias de visitas. De modo geral, tais dados reforçam a ideia do abandono feminino e a noção de que, apesar de serem as que mais visitam, são as menos visitadas.

É importante ressaltar que o dia das visitas, muitas vezes, é durante a semana, o que implica que os visitantes falem em compromissos acadêmicos e laborais. Além disso, idosos e crianças esperam por horas na porta dos presídios, sujeitos a toda e qualquer intempérie e, frequentemente, os portões são abertos com mais de trinta minutos de atraso. Ademais, a permissão para a entrada de crianças é restrita e a mulher precisa escolher qual filho poderá visitá-la, o que traz prejuízos não só para as crianças, mas para a própria mulher, que deixa de acompanhar o crescimento dos filhos durante sua prisão (Chaves *et al.* 2021).

A descentralização do sistema prisional também impacta no acesso às unidades e acaba por cumprir com êxito a função de separar geograficamente os apenados de suas famílias. A ausência de visitas impacta na qualidade de vida de quem está privado de liberdade não só pela solidão que gera, mas também pela ausência de provisão material e suporte jurídico que, muitas vezes, são garantidos pelos visitantes (Braga *et al.* 2021).

Aspectos religiosos se mostraram significativos entre as participantes e 80,7% das entrevistadas afirmou ter uma religião. As mais prevalentes foram espiritismo (36,1%), seguido por denominações evangélicas (30,1%), católicas (20,5%) e outras religiões 13,2% (religiões de matriz africana). Notavelmente, 67,5% das mulheres já eram praticantes religiosas antes de ingressar no sistema prisional, o que evidencia a continuidade de práticas espirituais como um recurso significativo de apoio e identidade para as detentas.

Sobre as condições econômicas das entrevistadas quando estavam fora do sistema prisional, 51,8% das mulheres compartilhavam o sustento da família com outras pessoas, o que revela uma rede de apoio significativa em termos financeiros. Em contrapartida, 22,9% das mulheres eram as responsáveis exclusivas pelo sustento familiar, enfrentando uma carga financeira adicional e potencialmente maior. A renda mensal familiar de 44,6% das entrevistadas era equivalente a um salário-mínimo, uma situação econômica considerada precária.

A análise educacional mostrou que 38,6% das mulheres possuem o ensino fundamental incompleto, 30,2% completaram o ensino fundamental e apenas 21,7% concluíram o ensino médio. A baixa escolaridade é um fator comum entre as mulheres encarceradas: 73% da

população carcerária feminina no Brasil (29.865 mulheres) tem apenas o ensino fundamental, o que pode estar relacionado a limitações nas oportunidades e à maior vulnerabilidade social (Braga *et al.*; 2021; Brasil, 2017).

Apesar das limitações educacionais, 89,2% das participantes possuíam experiência de trabalho antes do encarceramento, sendo que 47% tiveram empregos formais, 22,9% vínculos informais e 14,5% experiência como autônomas. Isso destaca um potencial de inserção econômica que poderia ser melhor explorado através de programas de capacitação e reintegração voltados para a autonomia financeira pós-libertação (Amaral *et al.*, 2023).

A saúde mental das mulheres privadas de liberdade é uma preocupação significativa já que 45,8% relatou ter recebido tratamento psiquiátrico e 54,2% acompanhamento psicológico. Diagnósticos de depressão (13,3%) e ansiedade (7,2%) estão presentes em um grupo pequeno de mulheres e, entretanto, 75,9% delas faz uso de medicação psicotrópica de forma contínua (55,4% usam ansiolíticos e 42,2% usam antidepressivos). O uso de substâncias também foi prevalente, com 77,1% das mulheres revelando o uso de drogas antes do encarceramento. Os tipos de substâncias variaram, com altos índices de uso de cigarros (68,7%), maconha (47%), crack (32,5%), álcool (38,6%) e cocaína (21,7%).

O alto uso de medicação psiquiátrica, muitas vezes sem prescrição, está relacionado à necessidade de regularizar o padrão de sono, fugir da realidade prisional e minimizar sintomas da abstinência do uso de substâncias. Essa realidade pode piorar a situação já que a automedicação dessas substâncias é responsável pelo aumento da taxa de comorbidade de doenças mentais (Santos *et al.*, 2017). Mulheres privadas de liberdade têm cinco vezes mais chance de terem problemas psiquiátricos do que mulheres em liberdade e isso decorre das condições vivenciadas no cárcere e do rompimento dos laços familiares – em especial a interrupção das relações com os filhos. Nesse contexto, o adoecimento psíquico não é raro, assim como as recorrentes tentativas de suicídio – muitas vezes, bem-sucedidas (Santos *et al.*, 2017). Estes dados sublinham a necessidade de ações específicas para identificar fatores que vulnerabilizam as mulheres e realizar ações de promoção da saúde e prevenção. No entanto, os programas de saúde mental têm se mostrado insuficientes para atender às especificidades e atender de forma integral às mulheres privadas de liberdade (Araújo *et al.*, 2020).

Sobre a relação com o sistema prisional, no momento das entrevistas 43,4% das mulheres estavam detidas provisoriamente, enquanto 56,6% já tinham sido condenadas. Esses dados refletem um padrão comum de superlotação das prisões devido à alta proporção de detentas provisórias e ao expressivo crescimento da taxa de aprisionamento feminino no Brasil (Bernhard; Moraes da Costa, 2023). Em termos de infracções penais, 79,5% das participantes

respondem por apenas um artigo do código penal, sendo que os crimes mais comuns são o tráfico de drogas (39,8%) e crimes contra o patrimônio (roubo, furto, receptação) (33,7%). Homicídios e outros crimes representam 18,1% e 19,3%, respectivamente.

A distribuição percentual de crimes em todo o país entre 2005 e 2016, mostra que 62% do encarceramento de mulheres é por crimes ligados ao tráfico de drogas em detrimento de crimes praticados contra a vida (6% são condenadas por homicídios simples e qualificado) (Bonfioli *et al.*, 2023; Brasil, 2017). A maior porcentagem de condenações por crimes relacionados à vida entre as entrevistadas pode estar relacionada ao fato da unidade prisional em que vivem ser de segurança máxima.

Pesquisas mostram que muitas mulheres se envolvem em atividades delituosas a partir dos parceiros. Isso porque, devido à estruturação familiar, tendem a ter relações estáveis muito cedo e, quando descobrem o envolvimento do parceiro com o crime, já estão vinculadas demais para se desvencilhar. Assim, acabam por apoiá-los, o que acarreta uma entrada gradativa no mundo do crime. Ou acabam presas ao fazerem “favores” aos companheiros, como transportar drogas (Chaves *et al.*, 2021).

A reincidência é um fenômeno preocupante, com 55,4% das entrevistadas com mais de uma passagem pelo sistema prisional. Dentro desse grupo, 33,7% haviam sido encarceradas três ou mais vezes. A reintegração de egressos do sistema prisional é uma tarefa complexa, ainda mais em uma sociedade preconceituosa e com um ambiente de trabalho competitivo como a brasileira. A discriminação por parte de potenciais empregadores são obstáculos frequentes que dificultam que empresas privadas contratem egressos e pode contribuir para as estatísticas de reincidência criminal. Apesar da legislação brasileira garantir assistência na reintegração social e reinserção de egressos do sistema prisional, o modelo atual falha nesse objetivo (Amaral *et al.*, 2023).

Decerto, as condições de vida dentro da prisão foram amplamente criticadas pelas entrevistadas. A estrutura física foi classificada como péssima por 62,7%, enquanto a assistência à saúde recebeu avaliações predominantemente negativas, com 55,6% das mulheres classificando-a como péssima e 30,1% como regular. Esses dados refletem um cenário de precariedade que impacta diretamente a qualidade de vida das mulheres privadas de liberdade.

Especificamente quando pensamos no encarceramento feminino – ainda mais se considerarmos que é uma população prioritariamente jovem –, temos a situação de pobreza menstrual prisional, que se refere à falta de acesso a produtos de higiene menstrual, a medicamentos e serviços médicos para administrar problemas menstruais.

Ainda diz respeito à ausência de banheiros seguros e conservados, saneamento básico e coleta de lixo e à existência de políticas fiscais onerosas, como a tributação excessiva de produtos menstruais. O absorvente descartável, item básico para a saúde menstrual mínima, não é obrigatório nos “kits” distribuídos aos presos, que são os mesmos para homens e mulheres (Unicef, 2021). Nas penitenciárias em que há distribuição de absorventes, a quantidade não é suficiente, sendo necessário que as famílias se mobilizem e forneçam o item nos “jumbos” – o que nem sempre é viável já que poucas mulheres recebem visitas regulares. Assim, lidar com algo natural como a menstruação, pode ser um desafio no contexto prisional.

Tapp e Henson (2024) destacam como o estigma da menstruação, entrelaçado com o controle carcerário, cria um ambiente físico e emocionalmente prejudicial para as mulheres. Nesse contexto, agentes penitenciários utilizam o acesso aos recursos de saúde menstrual para controlar, coagir, envergonhar e humilhar as mulheres encarceradas, processo que é desgastante tanto física quanto psicologicamente. As autoras sugerem que mudanças políticas devem ser acompanhadas de transformações culturais que desvinculem a menstruação da vergonha. Tal desestigmatização pode resultar na provisão gratuita de produtos menstruais, algo que, assim como o fornecimento gratuito de papel higiênico e sabão nas prisões, deveria ser amplamente aceito. Para isso, são necessárias conversas críticas, educação e exposição das experiências menstruais como um ato de resistência contra a imposição do sigilo sobre o ciclo menstrual.

Ainda sobre as condições de vida dentro do sistema prisional, 79,5% das entrevistadas consideraram a qualidade da alimentação péssima. Quanto ao sistema de visitas, as opiniões variaram: 47% das participantes o consideraram péssimo, 21,7% regular e 20,5% bom. A forma como os agentes penais tratam as detentas foi avaliada como regular por 41%, péssima por 26,5% e boa por 24,1%. A assistência jurídica disponível foi considerada péssima por 25,3%, boa por 22,9% e excelente por 20,5%.

A demanda por cursos e atividades adicionais foi quase universal, com 96,4% das mulheres expressando o desejo de acesso a oportunidades de qualificação profissional e ocupação do tempo dentro da unidade prisional. Tais dados evidenciam o desejo por oportunidades, que poderiam ser mais uma ferramenta para favorecer a reintegração social e econômica.

Embora a legislação brasileira seja vasta de dispositivos que asseguram a educação na prisão, tais dispositivos não sugerem estratégias e ferramentas que garantam igualdade de gênero. Assim, o acesso à assistência educacional, que ocorre na forma de instrução escolar e

formação profissional, ainda alcança apenas 25% da população prisional feminina (Brasil, 2017).

A precariedade das condições físicas, o *déficit* de vagas, a insalubridade, o confinamento continuado, as repetidas violências e a ausência de investimentos governamentais são características conhecidas do sistema prisional brasileiro e contribuem significativamente para a vulnerabilização da população carcerária (Braga *et al.*, 2021). A função disciplinar da prisão e o julgamento moral sobre a conduta das pessoas privadas de liberdade muitas vezes são utilizadas como justificativa para o descaso do Estado e aumentam ainda mais a complexidade da construção de espaços em que haja mais qualidade de vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo oferecem uma visão abrangente do perfil sociodemográfico e das condições de vida das mulheres encarceradas, evidenciando aspectos cruciais sobre as dinâmicas familiares, a saúde física e mental, além das trajetórias sociais e econômicas. Além disso, revelam desafios significativos entre mulheres privadas de liberdade, que são predominantemente jovens, negras, com baixo nível de escolaridade, responsabilidades maternas e saúde mental vulnerável. Além disso, as experiências familiares são complexas e há diversos antecedentes de envolvimento com o sistema de justiça criminal.

As condições de saúde das participantes, tanto físicas quanto mentais, revelam a alta prevalência de doenças psiquiátricas, uso de substâncias e a escassez de serviços de saúde adequados no contexto prisional. A evidência de automedicação, especialmente com psicotrópicos, e o uso excessivo de substâncias como forma de lidar com o sofrimento da privação de liberdade são aspectos alarmantes que demandam uma resposta integrada do sistema de saúde e do sistema prisional.

Além disso, o impacto do encarceramento nas relações familiares, especialmente no que diz respeito ao distanciamento dos filhos, e a ausência de suporte familiar, sugerem a necessidade de estratégias que promovam o fortalecimento dos vínculos familiares e o apoio à maternidade dentro do cárcere. A mobilidade regional das mulheres e a falta de contato com suas famílias, em grande parte devido à descentralização do sistema prisional, destacam as barreiras logísticas que dificultam a manutenção de uma rede de apoio significativa.

Estas conclusões sublinham a urgência de políticas públicas e ações interinstitucionais atentas às especificidades dessas mulheres, que promovam o fortalecimento dos laços familiares, saúde, educação, bem-estar, dignidade e formação profissional acessíveis e incentivem a recuperação emocional, aspectos essenciais para ajudá-las a construir uma vida

para além do cárcere. Além disso, ao aderir às normas internacionais e promover estratégias para diminuir o superencarceramento, podemos promover uma sociedade mais saudável e mais equitativa.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V. L. O.; MICHALSKI, M. R. T.; NASCIMENTO, D. T. Mulheres egressas do sistema prisional e o mercado de trabalho: uma análise dos pilares fundamentais dos projetos. **DESAFIOS. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 3, n. 1, dez. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.20873/DEZ_23_14. Acesso em: 22 nov. 2024.

ARAÚJO, M. M. *et al.* Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Esc Anna Nery** [Internet]. 2020;24(3): e20190303. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0303>>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BERNHARD, G.; MORAES DA COSTA, M. M. (Sobre)vivendo nas prisões: uma análise sobre as violações aos direitos humanos das mulheres presas no Brasil. **Revista da AGU**, [S. l.], v. 22, n. 02, 2023. DOI: 10.25109/2525-328X.v.22.n.02.2023.3187. Disponível em: <https://revistaagu.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/3187>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BONFIOLI, M. G.; COELHO, J. F. F.; MELO, S. N.; COSTA, A. C. M.; BELO, V. S.; CHEQUER, F. M. D. Análise da evolução temporal e da dinâmica da lotação penitenciária na região Sudeste do Brasil: perfil do preso e levantamento dos agravos transmissíveis mais prevalentes. **Revista Brasileira de Criminalística**, [S. l.], v. 12, n. 5, p. 63–71, 2023. Disponível em: <https://revista.rbc.org.br/index.php/rbc/article/view/718>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRAGA, G. B.; TAVARES, D. H.; HERREIRA, L. F.; JARDIM, V. M. R.; FRANCHINI, B. Condição de saúde das mulheres no sistema carcerário brasileiro: uma revisão de literatura. **Sanare (Sobral, Online)**, v. 20, n. 1, p. 115-130, 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Sistema Nacional de Informações Penais – SISDEPEN, 15º Ciclo, **Relatório de Informações Penais (RELIPEN) – INFOPEN Nacional 2023**. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN Mulheres**, 2. ed., Brasília, 79p, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Bangkok: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras**. Brasília: CNJ, 2016. 84 p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/cd8bc11ffdcbc397c32eecd40afbb74.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº210, de 16 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. 2014(a). Disponível em:

https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/361/1/PRI_GM_2014_210.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria Interministerial n.º 1 de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2014(b). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 30 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CHAVES, L. H.; RIBEIRO, L. M. L. Efeitos do encarceramento feminino nas dinâmicas familiares. **Análise Social**, Lisboa, v. 56, n. 1(238), p. 30-55, 2021. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/27068594>. Acesso em: 30 nov. 2024.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. National Abortion Survey – Brazil, 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, supl. 6, p. 1601-1606, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>. Acesso em: 24 nov. 2024

GUIMARÃES, N. M.; FREITAS, V. C. S.; SENZI, C. G.; FRIAS, D. F. R.; GIL, G. T.; LIMA, L. D. S. C. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 11942–11958, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-019>. Acesso em: 24 nov. 2024.

SANTOS, M. V.; ALVEZ, V. H.; PEREIRA, A. V.; RODRIGUES, D. P.; MARCHIORI, G. R. S.; GUERRA, J. V. V. Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do Estado do Rio de Janeiro. **Texto Contexto Enferm**, 2017.

SPSS Inc. Released 2008. **SPSS Statistics for Windows**, Version 17.0. Chicago: SPSS Inc.
TAPP, K.; HENSON, A. “For men, by men”: Menstrual victimization and the weaponization of period products in carceral settings. **Women’s Health**, v. 20, p. 1-14, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17455057241240931>. Acesso em: 26 nov. 2024

UNICEF. **Pobreza menstrual no Brasil. Desigualdades e violações de direitos**. Brasília: UNICEF, 2021.

CAPÍTULO XVI

TELEORIENTAÇÃO NO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO EM VITÓRIA (ES): ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE INFOGRÁFICO DE BOAS PRÁTICAS

Nádia Maria Guimarães Monteiro
Ana Cristina Reis

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-16

1. INTRODUÇÃO

A teleodontologia é uma área da telessaúde, inserida na saúde digital, que envolve um conjunto de ações na odontologia realizadas à distância, por meio de ferramentas digitais de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), em momentos síncronos ou assíncronos (CFO, 2020a). Possibilita práticas de tele-educação e teleassistência por meio de teleconsultoria, teleinterconsulta, telemonitoramento e teleorientação, que objetivam a promoção e o cuidado em saúde, a prevenção de doenças, bem como atividades de educação e pesquisa. No Brasil, sua expansão iniciou em 2006, integrando-se ao Programa Telessaúde Brasil Redes em 2011, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2011a; Haddad; Garrido, 2020).

Com a pandemia de COVID-19 (WHO, 2020; Zhu *et al.*, 2020), houve uma aceleração na adoção da teleodontologia devido às restrições nos atendimentos presenciais (Brasil, 2020a; 2021a). Em resposta, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) normatizou a prática com as resoluções nº226/2020 e nº228/2020, onde permite o telemonitoramento e a teleorientação, e veta teleconsultas e diagnósticos à distância (CFO, 2020a, 2020b). Uma revisão dessas resoluções é sugerida para adaptar a teleodontologia ao contexto pós-pandêmico (Carrer *et al.*, 2020).

A teleodontologia tem demonstrado eficácia ao facilitar o acesso aos serviços, reduzir o tempo de espera e os custos, e melhorar a qualidade do atendimento (Costa; Peralta; Mello, 2020; Santana, 2020). Contudo, é necessário infraestrutura e educação permanente para garantir a efetividade do atendimento remoto (Giovanella *et al.*, 2020).

Em setembro de 2020, considerando a APS como porta de entrada para o SUS e pautada nos princípios de longitudinalidade e integralidade (Starfield, 2002), a prefeitura de Vitória

(ES) implementou a teleorientação no pré-natal odontológico. Essa estratégia complementar visa assegurar a vigilância em saúde bucal de gestantes, grupo de risco durante a pandemia de COVID-19 (Brasil, 2020b, 2121; Healy, 2021; Villar *et al.*, 2021). De acordo com o CFO (2020), a teleorientação permite identificar o momento oportuno para o atendimento presencial, por meio de um questionário pré-clínico (CFO, 2020a).

Vale destacar que, na gestação, o estado de saúde oral da mãe influencia na saúde geral e oral do bebê (Kessler, 2017). Dentre as complicações orais apresentadas durante a gravidez, a periodontite crônica³ em gestantes constitui-se em um fator de risco para o desenvolvimento de partos prematuros, devido a uma fonte significativa de infecção e inflamação (Teshome; Yitaveh, 2016; Vanterpool *et al.*, 2016). Além disso, mudanças comportamentais relacionadas ao aumento do consumo de açúcares e má higienização também aumentam a chance de a gestante ter cárie. Portanto, é relevante que a Equipe de Saúde Bucal (eSB) esteja integrada ao pré-natal (Brasil, 2022).

Dessa forma, a teleodontologia torna-se um aliado importante durante o pré-natal odontológico, pois reduz barreiras geográficas, permite atendimento humanizado, mantém o vínculo com o serviço de saúde, alcança mais gestantes, promove educação em saúde, busca ativa, triagem para urgências, evita visitas desnecessárias ao serviço de saúde, restringe contato próximo e garante acompanhamento da saúde oral da mãe durante a gestação (Carrer *et al.*, 2020). Essas ações estão alinhadas à Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (Brasil, 2020c), apesar dos desafios de desigualdades no acesso à internet e ao uso de tecnologias digitais representarem barreiras à sua universalização (Fornazin; Rachid; Coelho Neto, 2022; Rachid *et al.*, 2021).

Diante do exposto e da relevância do tema, este capítulo apresenta a modelização das ações da teleorientação no pré-natal odontológico tendo como base os marcos legais que orientam essa intervenção e o desenvolvimento de um infográfico de boas práticas construído a partir da análise das potencialidades e fragilidades do cuidado odontológico mediado pela teleorientação no pré-natal na APS do município de Vitória (ES).

Vale destacar que os resultados aqui apresentados são produtos da dissertação de mestrado, realizada no âmbito do Programa de Mestrado Profissional (PMP) em Saúde da Família (PROFSAÚDE), dentro da área temática de Gestão e Avaliação em Saúde.

³ Periodontite crônica é uma doença infecciosa que resulta em inflamação dos tecidos de suporte dos dentes, com perda óssea progressiva e consequente perda de inserção. É decorrente do acúmulo de placa bacteriana que se encontra em posição subgingival nos elementos dentários afetados.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Etapa 1: Produção do Conhecimento

O estudo envolveu uma fase exploratória com revisão da literatura e uma fase descritiva que analisou o perfil de atendimento das unidades de saúde, cobertura de saúde bucal, perfil populacional e percepção dos CD sobre a teleorientação. A abordagem quantitativa envolveu a análise do contexto organizacional da APS, incluindo a formação dos CD e o perfil socio-sanitário do território. O caráter qualitativo foi justificado pela análise das percepções dos CD sobre a teleorientação no pré-natal odontológico.

O cenário do estudo foi o município de Vitória (ES), capital metropolitana localizada na região Sudeste do Brasil. A APS se organiza principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com uma cobertura em torno de 74,32% em 2021, com 78 equipes de ESF (eESF) e 17 equipes de Atenção Primária (eAP) (Vitória, 2022).

As unidades de análise foram as 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 25 são compostas por eESF e quatro por equipes de Atenção Primária (eAP) (Vitória, 2022b). Dos 60 CD da APS convidados, 42 (70%) aceitaram participar do estudo. O instrumento de pesquisa utilizado para coleta de dados junto aos participantes foi um questionário *online*, semi-estruturado e autoaplicável, enviado pela rede informatizada que interliga a saúde municipal de Vitória (ES), a Rede Bem Estar (RBE). Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 2023, a análise das questões objetivas foi por frequência simples e subjetiva pela análise de conteúdo de Bardin (2009).

Para descrever a racionalidade das ações de Teleorientação no cuidado odontológico de gestantes, foram selecionados e analisados documentos que delineiam objetivos, metas, insumos necessários, atividades planejadas e resultados esperados. As fontes de informação incluíram diretrizes municipais e nacionais sobre pré-natal odontológico e teleodontologia, guias de orientação para o atendimento odontológico durante a COVID-19 e resoluções do CFO (2020a, 2020b). A análise da racionalidade utilizou a estratégia de modelização da intervenção, uma ferramenta de comunicação que, por meio de representação gráfica, permite demonstrar como a teoria do programa é aplicada na prática, com vistas a resolver os problemas identificados (Champagne *et al.*, 2011).

2.2. Etapa 2: Criação do Produto

O MP, enquanto Pós-graduação *stricto sensu*, é uma modalidade que visa a qualificação profissional e produção de conhecimentos voltados para a solução de problemas práticos dos

serviços. Por isso, possui um caráter mais tecnológico do que propriamente científico, como ocorre no mestrado e doutorado acadêmicos. Com base nessa premissa, o MP propõe o desenvolvimento de produtos técnico-tecnológicos (PTT) por meio de diversas atividades acadêmicas e profissionais, com produção de diferentes tipos de informação e variadas aplicações. A realização de trabalhos técnicos exige a aplicação de conhecimentos e a condução de pesquisas para fundamentar e orientar o desenvolvimento desses produtos (Barata, 2006).

De acordo com o documento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES), de 2020, os 12 PTT identificados como prioritários para a área de Saúde Coletiva (área 22) são: patentes; tecnologia social; cursos de formação profissional; produto de editoração; material didático; *software*/aplicativo; evento organizado; produto de comunicação; processo/tecnologia não patenteável; relatório técnico conclusivo; e manual/protocolo (Brasil, 2020d).

Portanto, diante da escassez de pesquisas sobre este tema, os resultados desta pesquisa contribuem para a produção qualificada de evidências científicas acerca da teleorientação como ferramenta para continuidade do cuidado odontológico em gestantes. Além disso, fundamentaram o desenvolvimento de um Infográfico de Boas Práticas em Teleorientação no Pré-natal Odontológico (Figura 1), com o objetivo de disseminar informações sobre essa modalidade de cuidado à distância entre profissionais da odontologia.

Assim, a classificação deste PTT de acordo com a CAPES (2020), se enquadra no eixo 3 (Divulgação da produção – Atividades relacionadas à divulgação da produção) e no tipo Produto de Comunicação, pois trata-se de um Infográfico com o intuito de qualificar a atenção em saúde bucal de gestantes. O PTT será divulgado junto aos profissionais de saúde e gestores por meio da Rede Bem Estar (RBE), que é a rede informatizada que integra toda a saúde do município de Vitória (ES), e do repositório Arca Fiocruz (<https://www.arca.fiocruz.br>).

As etapas de criação deste PTT envolveram o levantamento bibliográfico sobre o tema; desenvolvimento de referencial teórico; análise de resultados do estudo e confecção do Infográfico em plataforma de *design* gráfico. Além dos principais resultados da pesquisa, o Infográfico possui informações acerca das regulamentações que norteiam a teleorientação no pré-natal odontológico, as etapas de execução dessa estratégia de teleatendimento e o modelo lógico (ML) da operacionalização dessa modalidade de atendimento à distância, em busca do entendimento sobre a teleorientação como ferramenta útil na vigilância em saúde bucal de gestantes e na resolução dos problemas identificados.

O ML da teleorientação no pré-natal odontológico foi elaborado com a finalidade de demonstrar a racionalidade de funcionamento por meio de uma representação gráfica, onde

são descritos os objetivos, seus componentes técnicos (gestão; condições funcionais e de trabalho; e ensino-aprendizagem) e os componentes estruturais (insumos, atividades, produtos, resultados e impacto) dessa modalidade de atendimento.

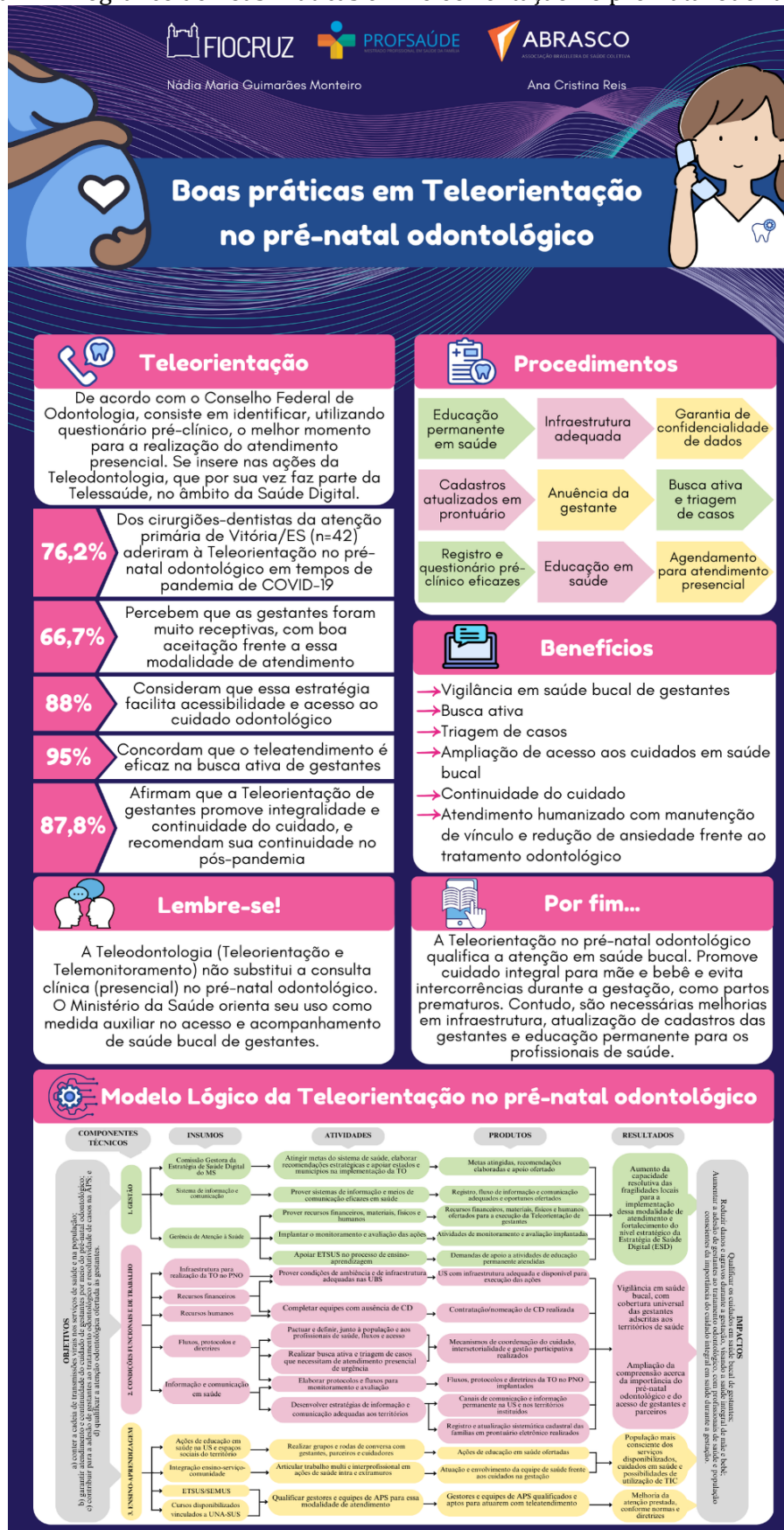
O componente técnico “gestão” expressa as relações entre os contextos político e gerencial no âmbito do MS e da APS de Vitória (ES), apontando condições necessárias para a operacionalização das ações de Teleorientação no pré-natal odontológico no município.

O componente técnico “condições funcionais e de trabalho” refere-se ao conjunto de intervenções necessárias nos serviços de saúde e nos processos de trabalho para que haja condições de executar a Teleodontologia dentro dos parâmetros permitidos pelos regulamentos e de forma a qualificar a atenção odontológica na gestação.

O componente técnico “ensino-aprendizagem” representa as ações, adequações e ajustes necessários nos processos formativos das equipes e, como também, as estratégias e atividades indicadas para assegurar educação em saúde e qualificar o cuidado às gestantes. Os efeitos esperados com a implantação desta modalidade de atendimento são demonstrados no ML por meio dos produtos, resultados e impactos.

Vale destacar que o ML não pretende ser uma verdade universalmente aplicável, sobretudo diante da diversidade social, econômica e cultural dos territórios. Assim, é fundamental que a modelização integre novas informações e perspectivas sobre convicções, experiências e saberes, com o objetivo de fortalecer a estratégia de teleorientação. Dessa forma, o ML poderá ser revisado e aplicado em outros contextos, desde que sejam realizadas as adaptações e considerações pertinentes à intervenção.

Figura 1 – Infográfico de Boas Práticas em Teleorientação no pré-natal odontológico.



Fonte: Figura do autor

3. RESULTADOS ESPERADOS

O intuito do desenvolvimento desse PTT foi impactar positivamente o campo de prática dos CD do município, no que tange aos cuidados em saúde bucal de gestantes. O Infográfico de Boas Práticas fomenta a educação permanente dos profissionais, com informações de saúde baseada em evidências, legislação e boas práticas de teleorientação no pré-natal odontológico.

No que se refere à aplicabilidade, o Infográfico de Boas Práticas em Teleorientação no Pré-natal odontológico serve de material de apoio aos CD durante a execução das ações de teleorientação de gestantes. O Infográfico fornece conteúdo explicativo, com união de informações verbais, visuais e transmissão de conceitos de forma facilitada por meio de textos e ilustrações. Portanto, seu uso durante a execução das ações de teleorientação é relevante pois sistematiza tais ações de forma a qualificar esse tipo de cuidado.

Dessa forma, esse PTT pode ser considerado inovador, pois possui o intuito de orientar os profissionais quanto aos procedimentos, qualidade e segurança do cuidado odontológico mediado pelo uso de tecnologias, podendo ser replicado para outros municípios do Brasil ou mesmo inspirar o desenvolvimento para outros locais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teleorientação no pré-natal odontológico é uma estratégia auxiliar importante para o atendimento a gestantes, fortalecendo atributos da APS como acesso, vínculo profissional-paciente e vigilância em saúde bucal, inclusive no contexto pós-pandemia. Para sua eficaz implementação, são necessários ajustes na infraestrutura, processos de trabalho, ampliação de serviços digitais e mais oportunidades de capacitação profissional.

Nesse contexto, o Infográfico de Boas Práticas em Teleorientação no Pré-natal Odontológico, além de inovador, fornece orientações aos profissionais sobre procedimentos, qualidade e segurança do cuidado odontológico mediado pelo uso de tecnologias. Esse material, além de qualificar a vigilância em saúde bucal de gestantes, pode ser replicado ou servir como modelo para o desenvolvimento de produtos similares em diferentes localidades do Brasil.

Por fim, vale destacar que este estudo visa qualificar a teleorientação no pré-natal odontológico, apesar das limitações decorrentes da originalidade do tema e da falta de participação de outros atores, como gestantes, gestores e outras categorias de profissionais de saúde. Dada a importância de uma assistência pré-natal de qualidade, com integralidade, continuidade do cuidado, universalidade e equidade, recomenda-se ampliar as pesquisas

nacionais para fortalecer o acesso aos cuidados em saúde bucal, essenciais para a saúde das gestantes e da população em geral.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. B. Avanços e Desafios do Mestrado Profissionalizante. *In*: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org). **Cenários possíveis**: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/sp/pdf/leal-9788575412855-14.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN_L_1977_Analise_de_conteudo_Lisboa_edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota técnica nº11/2022 - SAPS/MS**. 2022. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220223_I_NotaTecnica11-PosCovid-SEIMS-0025421775_5849594599373249080.pdf. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGSB/Desf/Saps). **Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da COVID-19**. Brasília, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_odontologica_covid19.pdf. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº454/GM/MS de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial: República Federativa do Brasil, seção 1-extra, Brasília, DF, p. 1, 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Nota Informativa nº13/2020 - SE/GAB/SE/MS**. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/manual_recomendacoes_gestantes_covid19.pdf/view. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação. Documento da CAPES – Área: Saúde Coletiva – 12 produtos prioritários. **Instruções para preenchimento de dados complementares dos produtos técnicos/tecnológicos (PTT) e livros**. Brasília, DF: CAPES, 2020d. Disponível em: https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/documentos/avaliacao/Instrucoes_dados_complementares_pTT_e_Livros_Saude_Coletiva.pdf. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, col 208, p. 50-52, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 25 out. 2024.

CARRER, F. *et al.* Teleodontologia e SUS: uma importante ferramenta para a retomada da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/837/1159>. Acesso em: 12 nov. 2024.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011; p. 61-74.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução CFO nº226 de 04 de junho de 2020**. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%830/SEC/2020/226>. Acesso em: 12 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução CFO nº228 de 16 de julho de 2020**. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%830/SEC/2020/228>. Acesso em: 12 nov. 2024.

COSTA, C. B.; PERALTA, F. S.; MELLO, A. L. S. F. How Has Teledentistry Been Applied in Public Dental Health Services? An Integrative Review. **Telemedicine and e-Health**. v. 26, n. 7, p. 945 – 954, 2020. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/tmj.2019.0122>. Acesso em: 11 nov. 2024.

FORNAZIN, M.; RACHID, R. R.; COELHO NETO, G. C. A saúde digital nos últimos quatro anos e os desafios para o novo governo. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 16, n. 4, p. 753-758, 23 dez. 2022. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3515/2563>. Acesso em: 25 out. 2024.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 161-176, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxtLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2024.

HADDAD, A. E.; GARRIDO, D. Teleodontologia. Familiarize-se com as nomenclaturas e com o conceito antes da regulamentação no Brasil. **White paper para Dentistas**, [s. l.], v. 1, 2020. Disponível em: <https://colgatebrasil.com.br/ebooks/Whitepaper-Teleodontologia.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.

HEALY, C. M. COVID-19 in Pregnant Women and Their Newborn Infants. **JAMA Pediatrics**, v. 175, n. 8, p. 781 - 783, 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2779183>. Acesso em: 11 nov. 2024.

KESSLER, J. A. Literature Review on Women's Oral Health Across the Life Span. **Nursing for Women's Health**, v. 21, n. 2, p. 108 - 121, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751485117300570?via%3Dihub>. Acesso em: 12 nov. 2024.

RACHID, R. *et al.* **Digital Health Driven by Neoliberal Discourse**. 1985. Trabalho apresentado ao 8º New Zealand Discourse Conference, p. 108-109. Christchurch, 2021. Disponível em: <https://www.canterbury.ac.nz/media/documents/oexp-arts/nzdc8/Microsoft-Word---NZDC8-programme.docx.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2024.

SANTANA, L. A. M. *et al.* Teledentistry in Brazil: a viable alternative during COVID-19 pandemic. **Rev. bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200082, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200082>. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Q7DGp7zxc8mQLzjgc9L7NHNK/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 11 nov. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 207-227. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 11 nov. 2024.

TESHOME, A.; YITAYEH, A. Relationship between periodontal disease and preterm low birth weight: systematic review. **Pan African Medical Journal**, v. 24, 2016. Disponível em: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/24/215/pdf/215.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.

VANTERPOOL, S. F. *et al.* Porphyromonas gingivalis within Placental Villous Mesenchyme and Umbilical Cord Stroma Is Associated with Adverse Pregnancy Outcome. **PLOS ONE**, v. 11, n. 1, p. e0146157, 5 jan. 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0146157>. Acesso em: 11 nov. 2024.

VILLAR, J. *et al.* Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection. **JAMA Pediatrics**, v. 175, n. 8, p. 817, 1 ago. 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2779182>. Acesso em: 11 nov. 2024.

VITÓRIA (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2022-2025**. Vitória, ES: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. 83p. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/download.php?tipo=1&id=3521>. Acesso em: 21 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020**. Genebra: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 22 out. 2024.

ZHU, N. *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N. Engl. Med.**, [s. l.], v. 382, n. 8, p. 727-733, Feb. 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2001017?articleTools=true>. Acesso em: 11 nov. 2024.

CAPÍTULO XVII

PROTOCOLO PARA ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Raquel Maria de Oliveira Almeida
Silvia Lanziotti Azevedo da Silva

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-17

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem ser compreendidas como doenças de longa duração, progressão lenta, que resultam em incapacidade e têm necessidade de acompanhamento multiprofissional contínuo associado ao uso de medicamentos e equipamentos. Elas levam a consequências prejudiciais na vida do indivíduo e família, necessitando de mudanças de comportamento e autocuidado (Simões *et al.*, 2021; Busse; Scheller-Kreinsen; Zentner, 2010).

As DCNT são causadas por fatores de risco relacionados às condições de vida das pessoas, podendo ser modificáveis ou comportamentais e não modificáveis (Brasil, 2007a). Os fatores de risco modificáveis são tabagismo, uso abusivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (Francisco *et al.*, 2019). Os fatores de risco não modificáveis são a herança genética, sexo, raça/etnia e idade (Brasil, 2007; Brasil 2021).

As DCNT são a principal causa de adoecimento e mortalidade no mundo (Malta *et al.*, 2021). No Brasil, 70% dos óbitos são causadas por DCNT e estima-se que, até 2025, 15 milhões de pessoas morrerão em decorrência dessas doenças (Monteiro *et al.*, 2021). A prevenção, tratamento e controle das DCNT exigem ações integradas e coordenadas pelo sistema de saúde, conjuntamente com seus profissionais, indivíduos e sociedade, pois, além de causarem mortes, geram efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e para o sistema de saúde (Silocchi; Junges, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS), e principalmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem importante papel no cuidado às DCNT, visto que a ESF oferta ações de saúde pautadas na prevenção, promoção e atenção à este grupo de doenças, buscando diminuir a prevalência dos principais fatores de risco a elas relacionados, nos territórios sob sua

responsabilidade. Além disso, as práticas na ESF são baseadas no trabalho multiprofissional e no planejamento e realização de ações segundo o critério de risco à saúde (Jardim; Navarro, 2017).

Para potencializar o controle de fatores de risco é necessário a associação de várias estratégias e dentre essas, as tecnologias digitais ligadas ao conhecimento para o cuidado à saúde que podem favorecer um aumento do controle das DCNT (Silva Santos *et al.*, 2022). Portanto, o monitoramento de doenças crônicas pode ser realizado de forma remota por meio de aplicativos de internet, celulares e *smartphones*. Esse acompanhamento traz benefícios como desospitalização, diagnóstico precoce, aumento na expectativa de vida e melhor conforto aos usuários (Sant'anna *et al.*, 2022).

Atualmente, a Telessaúde se concretizou como um componente essencial dos sistemas de saúde, com adoção de tecnologias digitais para consultas médicas e de outros profissionais da saúde e monitoramento remoto (Oliveira, 2023). Ela oferece uma abordagem promissora para melhorar o acesso dos usuários ao cuidado, reduzindo barreiras (Sin *et al.*, 2020). Além disso, apresenta potencial para transformar e organizar o sistema de saúde, reduzindo gastos, aumentando ganhos na qualidade do atendimento, ampliando o acesso e aumentando a satisfação do usuário (Harzheim *et al.*, 2019).

A partir do exposto, o desenvolvimento desse protocolo vem ao encontro da demanda do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFJF) de transferência de conhecimento para a sociedade por meio do desenvolvimento, aplicação e disponibilização de produtos. Esta proposta também tem objetivo de preencher uma lacuna do conhecimento e operacional, uma vez que não foram localizados na literatura outros protocolos de Telessaúde para o acompanhamento de DCNT na APS.

Portanto, a proposta deste estudo foi elaborar e validar um Protocolo de Telessaúde para usuários com DCNT adscritos à APS, a partir da pergunta de pesquisa: Qual deve ser o conteúdo de um Protocolo de Telessaúde para realização do monitoramento destes usuários de forma remota?

Foi desenvolvido um Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de pacientes com DCNT, visando o controle de fatores de risco, a promoção do cuidado continuado e prevenção de desfechos desfavoráveis. Ele se propõe a ser um instrumento importante no processo de cuidado na APS, facilitando a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários, estreitando o vínculo, mantendo a longitudinalidade do cuidado, auxiliando no projeto terapêutico dos pacientes, e aumentando a resolutividade da APS. Após sua construção, o protocolo foi inserido em uma cartilha simples e de fácil manuseio e compreensão, contendo as

instruções para sua aplicação. O protocolo/cartilha pode ser acessado por meio do link: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/17545/6/raquelmariadeoliveiraalmeida-produtoeducacional.pdf>.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico de caráter quantitativo, que visou o desenvolvimento de um “Protocolo de Telessaúde para Acompanhamento de Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde” e a validação de seu conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer nº6.581.953).

A pesquisa foi realizada em três etapas: a primeira etapa foi uma revisão integrativa da literatura para fundamentar o conteúdo inserido para a construção do protocolo de Telessaúde, por meio da análise dos estudos incluídos na revisão. A segunda etapa, constituiu-se da elaboração do protocolo. Por fim, a terceira etapa foi a validação de seu conteúdo. Para a validação do conteúdo do protocolo para Telessaúde, foram associadas duas técnicas: a técnica de Delphi (Marques; Freitas, 2018) para a validação de conteúdo, e o instrumento AGREE II (AGREE, 2017) para a avaliação final do protocolo.

A revisão integrativa foi realizada em bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED) e *National Library of Medicine e Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados na estratégia de busca os descritores: Monitoramento (*Monitoring*); Doenças Crônicas Não Transmissíveis (*Non Communicable Diseases*) e Atenção Primária a Saúde (*Health Primary Care*). Foram incluídas produções publicadas entre os anos de 2018 e 2023.

Foram incluídas produções em português e inglês, com o texto disponível na íntegra, gratuitamente, relacionados com o monitoramento de DCNT na APS. A busca foi norteada pela pergunta PICO: P: Usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde; I: Monitoramento de DCNT na APS; e, O: Acompanhamento de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na APS. A revisão foi fundamentada na seguinte pergunta norteadora: Quais as ações de monitoramento essenciais para acompanhamento de usuários com DCNT na APS?

A revisão integrativa localizou 1200 artigos, sendo excluídos 969, por serem artigos duplicados, artigos de revisão de literatura, opinião de *expertises*, estudos com animais e relatos de caso. Foram selecionados por título e resumo 62 artigos, sendo excluídos 20 e 42 lidos na

íntegra, dos quais foram incluídos 11 para análise. Esta análise identificou que eram monitorados na APS os seguintes fatores relacionados às DCNT: sociodemográficos, bioquímicos, antropométricos e comportamentais. Estes itens foram incluídos na primeira versão do protocolo, elaborada por duas pesquisadoras independentes, na segunda etapa do estudo.

Em seguida, foi iniciada a terceira etapa: validação do conteúdo e avaliação do protocolo por especialistas, que foram profissionais de nível superior, que atuavam na APS há pelo menos 1 ano. O contato com os profissionais foi realizado por correio eletrônico (e-mail) e/ou aplicativo de mensagem. Foram convidados cerca de 200 profissionais de saúde da APS de 5 municípios, após autorização dos gestores responsáveis. A seleção dos 5 municípios foi feita por conveniência, considerando a viabilidade de contato e a colaboração dos profissionais. Essa abordagem garantiu que os profissionais de diferentes formações pudessem contribuir, enriquecendo a validação do protocolo.

A mensagem continha um convite para participação no estudo, com sua identificação, seus objetivos e a apresentação das pesquisadoras, assim como o *link* para acesso ao formulário elaborado na ferramenta do *Google Forms*® e as orientações para o seu preenchimento. Antes de acessar o formulário, o participante deveria clicar em “Concordo em Participar”, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No instrumento de coleta de dados, o participante tinha acesso às perguntas do protocolo, e deveria avaliá-las segundo sua forma e conteúdo. Caso não concordasse com a apresentação, o participante tinha um espaço para escrever suas sugestões para a melhoria da questão. Em seguida, o especialista tinha acesso a 25 perguntas do instrumento de avaliação do AGREE II (AGREE, 2017). Este instrumento é composto por 23 itens organizado em 6 domínios: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade, independência editorial; além de 2 itens de avaliação global da diretriz/protocolo: classificação global da diretriz e recomendação. Cada item é pontuado e, quanto maior o percentual total e em cada domínio, melhor é a avaliação da diretriz/protocolo (AGREE, 2017). A versão inicial do protocolo, enviada aos especialistas, possuía 30 questões. Entre todos os profissionais que receberam o convite para participar, 34 retornaram. Após avaliação das respostas desses participantes, as questões que obtiveram menos de 90% de percentual de concordância entre as avaliações foram reenviadas aos especialistas para nova avaliação, sendo reavaliadas por 25 especialistas.

As perguntas sobre identidade de gênero dos usuários, diagnóstico médico prévio de DCNT, valor do Índice de Massa Corporal (IMC), valor da circunferência abdominal e possíveis

alterações em exames bioquímicos (colesterol, triglicérides e creatinina) tiveram concordância menor que 90%, sendo reformuladas e reenviadas aos participantes, obtendo na segunda rodada valor de concordância superior a 90%.

Em relação à avaliação do protocolo, pela metodologia do AGREE II, a pontuação total dos domínios foi de 73,96%, indicando que, em geral, os critérios de qualidade do protocolo foram atendidos. Foram calculados os percentuais de cada domínio, estando todos acima de 70%, indicando também a boa qualidade do protocolo. A classificação geral da Diretriz indicou percepção geral positiva de qualidade (5,38, sendo o máximo 7). Em relação à recomendação do uso do protocolo, 76,4% dos participantes recomendariam o uso do protocolo e 23,5% recomendariam com ressalvas. Nenhum participante respondeu que não recomendaria o protocolo.

De forma geral, os especialistas foram favoráveis e demonstraram aceitação positiva do protocolo. A versão final, com conteúdo validado e inserida na cartilha com orientações de aplicação do produto deste trabalho, apresenta 28 questões.

Ao final do processo apresentado, foi elaborado um Produto Técnico-Tecnológico enquadrado no Eixo 1 da CAPES: Produtos e Processos, sendo o tipo de produto 12: Manual/Protocolo. Após validação de conteúdo, o protocolo foi inserido em uma cartilha com orientações de aplicação, registrado no repositório da Universidade Federal de Juiz de Fora, disponível para consulta e utilização.

3. RESULTADOS ESPERADOS

Trata-se de um produto pioneiro, construído a partir de metodologia padronizada e robusta, para avaliação dos usuários por Telessaúde no monitoramento das DCNT, com potencial de aumentar o acesso dos usuários com casos menos graves, inserir tecnologias no contexto da APS e ajudar os profissionais das equipes no acompanhamento longitudinal dos usuários. Trata-se de um produto capaz de ser incorporado na rotina dos profissionais. O produto é, segundo critério CAPES, um Manual de Operação Técnica.

O protocolo é de fácil aplicabilidade podendo ser aplicado através de ligação telefônica, aplicativo de mensagens, videochamadas e e-mail, isto a depender do acesso que o profissional de saúde tem a tecnologia e da facilidade do usuário com o uso das tecnologias digitais. Também pode ser respondido pelo cuidador do usuário.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas tanto na assistência ao paciente, quanto na gestão dos serviços de saúde. Nesse sentido, a criação e validação de um Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de

pacientes com DCNT é de fundamental importância, visto que pode facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários, estreitando o vínculo, mantendo a longitudinalidade do cuidado além de ampliar a garantia de acesso aos cuidados de saúde dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis devido aos grandes desafios da acessibilidade na APS atualmente, que abarcam aspectos geográficos como a localização distante entre as unidades de saúde e residências, a infraestrutura inadequada, a indisponibilidade de transporte, além de os aspectos organizacionais (Mendonça *et al.*, 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Protocolo de Telessaúde para acompanhamento de usuários com DCNT na APS foi elaborado a partir de uma revisão integrativa da literatura e teve seu conteúdo validado por meio da técnica de Delphi e avaliado pela metodologia AGREE II de forma a garantir sua qualidade e pertinência.

Espera-se que o Protocolo de Telessaúde para acompanhamento dos usuários com DCNT na APS possa melhorar a gestão do cuidado e o monitoramento dos usuários, além de possibilitar o acesso dos pacientes ao cuidado integral, minimizando as barreiras geográficas e aumentando o acesso à saúde.

São necessários estudos para avaliação da aplicabilidade do protocolo em diferentes cenários da APS, considerando principalmente a disponibilidade de recursos tecnológicos nas unidades para os profissionais. Também é preciso considerar tempo na agenda para realização do monitoramento. Entretanto, é fundamental sua disponibilização e divulgação para gestores, e sua sensibilização para adoção da tecnologia no contexto do processo de trabalho das equipes.

REFERÊNCIAS

AGREE. Next Steps Consortium. **Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II – The AGREE II Instrument**. 2017. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 04 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 297p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006.pdf. Acesso em: 19 mar. 2024.

BUSSE, R.; SCHELLER-KREINSEN, D.; ZENTNER, A. **Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges**. Copenhagen: WHO Regional Office Europe, 2010.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors in adults and older people. **Revista De Saúde Pública**, [S.l.], v. 53, p. 86, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001142>. Acesso em: 25 jul. 2024.

HARZHEIM, E. *et al.* Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 14, n. 41, p. 1881-1881, 2019.

JARDIM, L. V.; NAVARRO, D. Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis. **Journal of the Health Sciences Institute**, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 122- 6, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciênc Saúde Colet.**, [S.l.], v. 26, p. 2833-42, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43002021.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. F. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, [S.l.], v. 29, p. 389-415, 2018. DOI: 10.1590/1980-6248-2015-0028.

MONTEIRO, L. Z. *et al.* Lifestyle and risk behaviors for chronic noncommunicable diseases among healthcare undergraduates in Midwest, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, p. 2911-2920, 2021.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* **Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/e881c80b-6457-42a9-989d-a98e66976112/FRACOLLI%2C+L+A+doc+234e.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SANT'ANNA, R. M. *et al.* Tecnologias educacionais no cuidado à pacientes com doenças cardiovasculares. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 37, p. 163-175, 2022.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.l.], v. 15, p. 599-615, 2017.

SILVA SANTOS, M. C. *et al.* Desenvolvimento do protótipo de aplicativo, Previne+: educação em saúde para doenças crônicas não transmissíveis. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 9, p. e59811932175-e59811932175, 2022.

SIMÕES, T. C. *et al.* Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, p. 3991-4006, 2021.

SIN, D. Y. E. *et al.* Assessment of willingness to tele-monitoring interventions in patients with type 2 diabetes and/or hypertension in the public primary healthcare setting. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 1-11, 2020.

CAPÍTULO XVIII

FANZINES COMO ALIADOS NA EDUCAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM *DIABETES MELLITUS* TIPO 1

Juliana Caroline Ferreira dos Santos
Rejane Eleuterio Ferreira
Verônica Pinheiro Viana

DOI: 10.51859/ampla.dga932.1125-18

1. INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* Tipo 1 é uma doença endócrino-metabólica de maior incidência em crianças e adolescentes com um custo elevado para o sistema público de saúde, sobretudo em pacientes com mau controle metabólico (Brasil, 2020). A educação em saúde interdisciplinar desempenha um papel fundamental no manejo eficaz do diabetes nesse grupo etário, realizando ações educativas com a referida clientela e seus responsáveis/cuidadores, sobre temas importantes para o manejo da diabetes, tais como: o tratamento, a dieta, o monitoramento glicêmico e estilo de vida saudável. Nesse cenário, o Fanzine insere-se como uma ferramenta capaz de fazer enormes contribuições para o processo contínuo de educação em saúde para esse público, os cuidadores e os profissionais de saúde envolvidos.

O Fanzine é descrito por muitos autores como um livrinho ou revista pequena, na maioria das vezes, feitos manualmente com diversas maneiras de estilizar a critério criativo com textos e ilustrações com as colagens, podendo ser coloridos ou em preto e branco. Os fanzines são uma forma interessante de autoexpressão e comunicação artística literária, que permitem o compartilhamento de narrativas sobre diversos assuntos (Amaral, 2017; Magalhães, 1993).

Na literatura, a temática de educação em saúde para crianças e adolescentes com DM1, bem como as ferramentas criadas para subsidiar o processo de aprendizado são bastante exploradas com diversas abordagens apontando avanços significativos, mas também destacando lacunas que demandam novas estratégias, como o uso de fanzines.

Souza (2023) destacou em seu estudo a importância da educação em diabetes por parte dos profissionais de saúde, sobretudo para os pacientes insulíndependentes, quando

desenvolveu um material educativo inspirado no modelo de Fanzine, visando fornecer informações acessíveis sobre a correta aplicação de insulina e as condutas adequadas para corrigir eventos de hipoglicemia. O Fanzine elaborado foi bem recebido pelos pacientes com diabetes, que demonstraram interesse em adquirir o material. Esses resultados sugerem que a abordagem inovadora do Fanzine pode desempenhar um papel significativo na melhoria da compreensão e aderência dos pacientes às práticas diárias de tratamento, contribuindo assim para um melhor controle do DM e prevenção de complicações associadas.

O uso do Fanzine atrelado ao ensino de temas ligados à saúde está presente também no estudo de Zauith, Davanço e Barbieri (2019), em que os estudantes produziram fanzines por meio de textos e ilustrações para divulgar os assuntos abordados em sala de aula, como a doença de Parkinson. Segundo os autores, o envolvimento e autonomia dos discentes com a seleção do conteúdo, escrita, produção de capas e ilustrações resultaram na solidificação da aprendizagem dos alunos sobre a doença e na divulgação de um rico material científico com linguagem adaptada para a população.

Logo, os fanzines podem caracterizar-se como uma produção técnica da tipologia de material educativo, e ser utilizado pela equipe multiprofissional em consultas ambulatoriais na atenção primária e em outros níveis de atenção, sendo um instrumento criativo, de baixo custo e autoral a ser utilizado nas atividades de educação à saúde.

O capítulo em tela tem como base um estudo que teve como questão norteadora de pesquisa: Como o Fanzine pode colaborar na reflexão da educação em saúde realizada com crianças e adolescentes com *diabetes mellitus* tipo 1 e seus familiares?

O referido estudo teve como objetivo apresentar a construção de um Fanzine, em colaboração com a equipe multidisciplinar, no contexto de um ambulatório hospitalar, como uma estratégia de educação em saúde destinada a crianças e adolescentes com *Diabetes Mellitus* tipo 1.

O produto encontra-se hospedado no seguinte link: [Fanzines](#)

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que teve como cenário o ambulatório de um hospital universitário que realiza atendimento a crianças e adolescentes com *Diabetes Mellitus* tipo 1, no Estado do Rio de Janeiro (RJ). Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde do ambulatório de Diabetes que realizam ações de educação em saúde com crianças, adolescentes com *Diabetes Mellitus* tipo 1 e seus familiares e/ou cuidadores. Os critérios de inclusão abrangeram enfermeiras(os), médicas(os), assistentes

sociais e nutricionistas envolvidos nas ações de educação em saúde sobre a *Diabetes Mellitus* tipo 1 no ambulatório do cenário do estudo. E os critérios de exclusão foram profissionais do ambulatório que não atuam na educação em saúde sobre *Diabetes Mellitus* tipo 1. Foram considerados perdidos os profissionais que estavam de licença médica e/ou de férias no período da produção de dados.

A produção de dados ocorreu por meio de grupo focal, onde foram elencados os principais temas relacionados ao objeto do estudo e na sequência foi proposto aos participantes a construção de Fanzine como instrumento de educação em saúde. Dessa forma, os fanzines foram um instrumento de produção de dados e tornou-se uma produção técnica multidisciplinar. Os discursos oriundos do grupo focal foram gravados e transcritos e passaram por análise temática de conteúdo.

A pesquisa teve início após aprovação do comitê de ética em pesquisa (CEP), respeitando os princípios da Resolução nº466 de 2012, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos e, a Resolução nº580 de 2018, que regulamenta pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A elaboração dos fanzines respeitou alguns elementos essenciais, como: escolha do tema, público, formato, volume, periodicidade e tiragem. E as etapas de produção de fanzines incluem: coleta de material, seleção do material; composição e ilustração, paginação, impressão, intercalação; e distribuição e divulgação (Magalhães, 1993).

A escolha do tema se deu pelos próprios profissionais, participantes da pesquisa. Os temas foram extraídos das respostas desses profissionais às seguintes questões: “quais são os desafios da educação em *Diabetes Mellitus* tipo 1 para crianças e adolescentes?” e “como eu, profissional da saúde, posso ajudar no enfrentamento desses desafios?”. Para que os mesmos respondessem essas questões de forma mais criativa, foram convidados a elaborar fanzines após uma atividade de sensibilização onde foram utilizados música de relaxamento e falas extraídas do estudo “A criança com *diabetes mellitus* tipo 1: vivência do adoecimento” de Aguiar *et al.*, (2018).

Os fanzines confeccionados pelos profissionais foram feitos com desenhos e frases elaboradas pelos próprios participantes, bem como com figuras e palavras recortadas de jornais e revistas. Contudo, os fanzines confeccionados para serem utilizados nas atividades de educação em saúde, foram digitalizados, com figuras coloridas e em preto e branco, para serem pintadas, extraídas do aplicativo *CANVA*, utilizando os temas elencados pelos profissionais e seus pseudônimos como personagens (Capitã Insulina, Guardiã Glicêmica, Glicosaurus-Rex e Defensora Insulínica), contém 2 volumes com 8 páginas cada um, sendo as duas últimas páginas

em branco para que crianças, adolescentes e seus cuidadores junto com os profissionais possam elaborar de acordo com a necessidade educativa advinda do atendimento. Com isso, o usuário poderá levar seu Fanzine personalizado com as orientações necessárias para contribuir na promoção da qualidade de vida, adesão consciente ao tratamento e prevenção de complicações.

O Fanzine foi elaborado com uma perspectiva de translação do conhecimento, que abrange todas as etapas entre a criação do conhecimento e sua aplicação para produzir resultados benéficos para a sociedade (Oelke; Lima; Acosta, 2015). Sendo assim, tal produção técnica foi elaborada de forma coletiva com participação ativa dos profissionais de saúde do ambulatório de Diabetes, cenário do estudo. Dentro dessa estratégia translacional, a validação do material está sendo feita com a própria equipe e os gestores do cenário visando a adesão do produto no serviço.

Almeja-se inicialmente um impacto local deste produto, visto que ele foi idealizado para esse serviço, contudo, vislumbra-se o fomento da utilização dos fanzines inspirem outros profissionais a utilizar nas suas ações em saúde na abordagem de diversos temas. Ademais, avaliar o impacto local dessa produção técnica no serviço poderá ampliar sua disseminação.

3. RESULTADOS ESPERADOS

A análise dos fanzines e dos relatos transcritos revelou os principais temas relacionados à educação em saúde para crianças e adolescentes com DM1 e seus familiares, como: barreiras da comunicação entre os pacientes/familiares e os profissionais de saúde, dificuldades no manejo da doença (automonitoramento glicêmico, administração de insulina, contagem de carboidratos), dúvidas sobre o prognóstico do paciente, suporte familiar, exclusão em contexto escolares e sociais, adaptação ao plano alimentar, desigualdades socioeconômicas no acesso à saúde e as fragilidades de políticas públicas. Além desses temas mencionados, foi relatado também assuntos de interesse dos pacientes adolescentes que são perguntados durante os encontros de educação em saúde, dentre eles temas associados a diabetes, como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, limitações da doença crônica na atuação e escolha profissional no futuro.

Os fanzines produzidos pelos profissionais destacaram os inúmeros desafios para a educação em saúde para as crianças, adolescentes com DM1 e seus familiares. Entre os obstáculos mais citados estão: o impacto emocional do diagnóstico, o envolvimento da família, as limitações impostas pelo ambiente escolar, a visão estigmatizada da sociedade e a insuficiência de políticas públicas. Esses fatores interligam-se, ampliando a complexidade do

manejo do DM1. Ademais, os mitos e a desinformação sobre o DM1 na sociedade e entre os próprios pacientes geram desafios adicionais.

Com relação às estratégias, os profissionais destacaram, de forma unânime, a importância da atuação interdisciplinar como elemento essencial para enfrentar os desafios na educação em diabetes para crianças, adolescentes e seus familiares. Essa abordagem colaborativa possibilita compreender a complexidade das múltiplas dimensões que envolvem o adoecimento e o cuidado, promovendo um olhar ampliado e integrado sobre os pacientes e suas realidades. Além disso, os profissionais enfatizaram a necessidade de adaptações que considerem as especificidades de cada faixa etária, fortalecendo a autonomia progressiva dos pacientes no manejo da doença. A empatia e uma abordagem personalizada, que inclui a valorização do contexto socioeconômico e cultural, são apontadas como fatores cruciais para o sucesso educativo e para a adesão ao tratamento.

Outro aspecto fundamental mencionado é a abordagem alimentar mais afetiva e ligada à socialização, reduzindo o caráter restritivo da dieta. Essa perspectiva facilita a conexão entre os pacientes, suas famílias e os profissionais de saúde, transformando o processo educativo em um aprendizado contínuo e positivo.

Por fim, os relatos ressaltaram a relevância da interlocução com a Atenção Primária de Saúde (APS), garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado, além de ampliar o alcance das estratégias educativas para além do ambiente hospitalar. Apesar dos desafios, a construção dos fanzines proporcionou um espaço para destacar as estratégias que fortalecem a educação em diabetes, com foco na superação dos obstáculos e na promoção de qualidade de vida para os pacientes e suas famílias.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos relatos oriundos da produção de fanzines pelos profissionais de saúde, foi possível perceber que os desafios da educação em diabetes iniciam-se no momento do diagnóstico. Nesse período inicial, segundo os profissionais, quando as crianças, os adolescentes e seus cuidadores e familiares recebem o diagnóstico de DM1 pode ocorrer um forte impacto emocional, muitas vezes semelhante ao luto, capaz de resultar em negação e resistência quanto às informações referentes à doença e seu tratamento.

Nessa perspectiva, os achados do presente estudo convergem com o estudo de Vargas *et al.* (2020), o qual explorou e analisou as cinco etapas do luto descritas por Kübler-Ross (negação, isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação) em crianças e adolescentes com DM1 e seus familiares. A negação e o isolamento, primeiras etapas do luto, dos participantes da

pesquisa serviu como uma medida protetiva diante da angústia causada pelo diagnóstico. A raiva, etapa posterior, muitas vezes, era direcionada ao sistema público de saúde. Já a barganha foi estimulada pelos familiares por meio da busca em terapias alternativas às preconizadas pelas instituições de saúde, a fim de buscar soluções irreais para a cura dos filhos. A depressão, segundo o estudo, ocorreu por conta das inúmeras perdas de estilo de vida, alimentação e liberdades ocasionadas pela doença e suas exigências de tratamento. E, por último, a etapa de aceitação dos participantes da pesquisa com o DM1 mostrou-se demorada, pois para o seu estabelecimento é necessário uma junção dos apoios emocionais, sociais e da equipe de saúde (Vargas *et al.*, 2020).

Ainda sobre o aspecto emocional, o estudo de Conte e Jeneral (2019) apresenta os relatos de múltiplos sentimentos negativos e falta de conhecimentos básicos prévios dos adolescentes ao receberem o diagnóstico de DM1, essas emoções devem ser acolhidas nos atendimentos para que não evolua para um rompimento ao tratamento. Os relatos do referido estudo destacam que, nesse período de descoberta, o que prevalece é uma incompreensão generalizada da doença desde o funcionamento da fisiopatologia, suas implicações no organismo e o manejo adequado dela (Conte; Jeneral, 2019).

Já a resistência familiar reforça como as implicações do DM1 impactam não só a criança e o adolescente, mas também os familiares que convivem com eles. Tal atitude ocorre porque trata-se de uma doença crônica de múltiplas complicações e de risco à vida, logo, a descoberta do diagnóstico pelos familiares, sobretudo pelas mães, as quais ficam, muitas vezes, encarregadas sozinhas de todas as responsabilidades dos filhos, desperta aflição, medo, sofrimento e incertezas quanto ao futuro do filho diabético. Tudo isso somado à paralisação dos familiares e contribui para o adiamento da aceitação (Souza *et al.*, 2020).

Os profissionais deste estudo enxergam o trabalho interprofissional sob a perspectiva interdisciplinar como a principal estratégia eficaz na educação em diabetes. Os benefícios dessa perspectiva prática profissional são inúmeros, com destaque para a interação de diferentes áreas do conhecimento, o que proporciona um olhar ampliado do paciente e suas múltiplas dimensões de vida e saúde, resultando em uma construção colaborativa e coletiva (Dias; Berger; Lovisi, 2022).

É importante ressaltar que em alguns relatos do presente estudo, os profissionais mencionam os conceitos de “multiprofissional”, “multidisciplinar” e “interdisciplinar” como sinônimos. Para Peduzzi *et al.* (2020), como essas conceituações de equipes são uma proposta recente e em construção no SUS, é corriqueira essa confusão, pois não se estabeleceu ainda um acordo claro sobre os seus significados distintos no que se refere às formas de trabalho em

equipe multidisciplinar, multiprofissional, interdisciplinar, interprofissional e transdisciplinar. No referido artigo, os autores discorrem sobre os prefixos multi, inter e trans, os quais, nesta ordem, indicam um sentido crescente de colaboração e integração entre disciplinas e profissões distintas. No campo da saúde internacional, o foco está em ultrapassar a lógica de trabalho “multi” e priorizar, cada vez mais, o trabalho em equipe nas perspectivas “inter”. Isso porque os processos de trabalho com práticas colaborativas entre os profissionais, familiares e comunidade resultam em respostas melhores às múltiplas necessidades complexas individuais e coletivas cada vez mais presentes no campo da saúde (Peduzzi *et al.*, 2020).

Os resultados do presente estudo indicam um consenso dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar na educação em diabetes como uma estratégia fundamental, o que revela uma concordância com que é preconizado por protocolos do Brasil e de outros países sobre a necessária composição de múltiplos profissionais no acompanhamento de pacientes diabéticos (Brasil, 2020; ADA, 2024b). No entanto, é necessário destacar que a equipe do presente estudo (enfermeira, assistente social, nutricionista e médico) não está completa, como é expresso no PCDT-DM1 (2020), o qual descreve que o ideal seria a equipe ser composta, além do médico, por: enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, cirurgião dentista, assistente social, educador físico e profissionais da área da educação (Brasil, 2020).

O presente estudo revelou um desconhecimento, surpresa e estranhamento do conceito de Fanzine pelos quatro profissionais da saúde. Segundo Lacerda (2021), até mesmo no campo fértil da educação, os fanzines são poucos conhecidos e necessitam continuamente de apresentações sobre suas potencialidades de uso. Esse desconhecimento inicial, contudo, não representou um impeditivo para a continuação da atividade e o interesse dos profissionais. Além disso, o subsequente interesse demonstrado pelos profissionais destaca uma posição muito positiva sobre as novidades que podem ser incorporadas nos encontros de educação em diabetes. Estudos mostram que métodos educacionais inovadores, como os fanzines, podem despertar o engajamento, a autonomia, a criatividade durante aprendizados diversos, o que consolida-se como um recurso que utiliza a metodologia ativa e traz excelentes resultados (Tavares; Souza, 2022; Brito; Silva, 2018).

No entanto, para usufruir de todo potencial do Fanzine como ferramenta educativa, é essencial a implementação de programas de capacitação por meio de oficinas para os profissionais de saúde poderem implementar esse recurso com mais domínio para os pacientes. Neste presente estudo, a apresentação do Fanzine foi muito breve, o que pode ter reduzido seu potencial. Uma estratégia para a construção dessas oficinas é realizar parcerias como as realizadas no estudo de Barbosa (2020), que contou com a colaboração de projetos de extensão

chamados “Ifanzine” e “Em cada canto, um conto”, ambos do Instituto Federal Fluminense do *campus* Macaé. Essas oficinas podem oferecer maiores esclarecimentos não só sobre o conceito de Fanzine, mas também sobre seus tipos e diversos processos de produção (Barbosa, 2020).

Ainda sobre o início da produção ocorreu uma preocupação quanto à criatividade. Os profissionais alegaram que não eram criativos e isso poderia comprometer o resultado final dos fanzines. Semelhante achado ocorreu no estudo de Viana e Lacerda (2023), em que os discentes, ao saberem da proposta criativa dos fanzines, argumentaram serem pouco criativos para tal atividade. Todavia, outro ponto que contribuiu para a superação das preocupações com a produção foi a utilização das questões norteadoras, o que, similar ao estudo de Brito e Silva (2018), possibilitou uma maneira de elaborar o Fanzine buscando solucionar essas questões e romper as angústias iniciais da produção.

Ao longo da elaboração, os profissionais demonstraram interesse, envolvimento e interação entre eles de forma crescente ao longo da atividade. Foi possível perceber que, conforme a produção progredia, os profissionais sentiam-se mais confortáveis em fazer as escolhas críticas e criativas de colagens de imagens, textos e desenhos para cada página do Fanzine. Esse envolvimento com os fanzines, assim como em outros estudos (Viana; Lacerda, 2023; Brito; Silva, 2018), resultou em temas relevantes quando ocorreu a apresentação deles, o que indica uma superação das barreiras iniciais e sugere que, além de uma ferramenta educativa, a criação de fanzines pode ser uma atividade agradável não só para os profissionais, como, futuramente, para os pacientes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado pode-se concluir que a construção colaborativa de fanzines pela equipe interdisciplinar resultou em temas relevantes sobre a educação em saúde para crianças e adolescentes com DM1. Essa construção de fanzines pelos profissionais reforça a eficácia desse recurso criativo como potencial recurso a ser utilizado também com os pacientes.

Com a produção dos fanzines, os profissionais conseguiram destacar e refletir de modo crítico e criativo sobre os desafios e estratégias que permeiam a educação em saúde para crianças e adolescentes com DM1 e seus familiares. Para eles, os desafios iniciam-se já no diagnóstico da doença, representando um forte impacto emocional para os pacientes e familiares com dificuldades para romper a resistência familiar ao longo dos encontros em educação em saúde. Soma-se aos desafios, as barreiras impostas pela comunicação e as disparidades socioeconômicas entre eles os pacientes e familiares ao abordar a complexidade

do DM1 e seu tratamento, o que se reflete em um baixo vínculo e a readaptação constante do processo educativo.

Por outro lado, a equipe também conseguiu identificar as estratégias utilizadas para que as ações de educação em saúde sejam efetivas para crianças e adolescentes com DM1. Com unanimidade, a principal estratégia elencada foi o trabalho em equipe sob a perspectiva interdisciplinar, pois esta possibilita a construção colaborativa e coletiva de diversos saberes, corroborando para um cuidado ampliado, diverso e centrado no paciente. Destaque também para o acolhimento, a empatia e a valorização da fala e escuta das crianças e adolescentes e dos cuidadores, visando uma construção de vínculo poderosa. A estimulação do autocuidado dos pacientes foi relatada como crucial para reter o envolvimento dos pacientes e torná-los protagonistas do próprio cuidado, respeitando seus respectivos estágios de desenvolvimento. Além disso, os profissionais reforçam também a integralidade e intersetorialidade, articulando com a Atenção Primária à Saúde (APS) sobre os cuidados e ações de educação em saúde para os pacientes e familiares e cuidadores.

A produção dos fanzines resultou em achados valiosos sobre as ações de educação em saúde sob a perspectiva dos profissionais de saúde. O desconhecimento e estranhamento dos profissionais com o Fanzine não foi impeditivo para sua elaboração, o que reforça a abertura deles para a utilização de novos recursos acessíveis com os pacientes, almejando uma maior interação deles nos atendimentos. Assim, o Fanzine surge como uma possibilidade de ser elaborado pelos profissionais para a população e/ou construídos coletivamente entre os profissionais e pacientes e cuidadores, de forma individualizada e/ou coletiva.

Os fanzines oriundos desse estudo estão disponíveis na plataforma EduCapes, para que possam ser usufruídos por outros profissionais. Vale ressaltar que o potencial criativo, a personalização e a construção autoral dos fanzines devem ser incentivados e encorajados, logo, espera-se que os fanzines desenvolvidos nesse estudo inspirem profissionais a desenvolverem novos, com outras temáticas, para outros fins.

O presente estudo traz contribuições relevantes para a enfermagem, já que esta categoria está inserida nas equipes interdisciplinares e exerce junto aos outros profissionais importantes construções de ações educativas para crianças e adolescentes com DM1 e seus familiares e cuidadores.

As limitações do presente estudo foram o tempo oportuno para produzir o Fanzine como uma produção técnica construída pelos profissionais de saúde, porém, foi oferecido conhecimento para que os profissionais possam desenvolver os fanzines na educação em saúde, se assim desejarem. Outra limitação presente foi a participação somente de 4 profissionais,

contudo, esses 4 representam o total dos profissionais que atuam no cenário que faz educação em saúde para crianças e adolescentes com DM1, o que reforça a relevância deste estudo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G. B. *et al.* Children with type 1 diabetes mellitus: the experience of disease. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S. l.], v. 55, p. e03725, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342021000100468&tlng=en. Acesso em: 07 dez. 2023.

AMARAL, Y. *Fanzines: reflexões sobre cultura, memória e internet*. [S. l.]: Edunila, 2017.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE; ELSAYED, N. A. *et al.* 14. Children and Adolescents: Standards of Care in Diabetes – 2024b. *Diabetes Care*, [S.l.], v. 47, n. Supplement 1, p. S258–S281, 1 jan. 2024b. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S258/153946/14-Children-and-AdolescentsStandards-of-Care-in. Acesso em: 27 jan. 2024.

BARBOSA, A. G. *Fanzines: autoralidade e expressividade na produção textual de crianças*. *Revista Cajueiro: Ciência da Informação e Cultura da Leitura*, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 275–345, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/Cajueiro/article/view/14738>. Acesso em: 19 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes melito tipo 1 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Brasília, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_terapeuticas_diabete_melito.pdf Acesso em: 26 out. 2023.

BRITO, E. I.; SILVA, C. S. P. *Fanzine: Uma Ferramenta Pedagógica no Ensino de Enfermagem*. *Revista Pleiade*, [S.l.], v. 12, n. 23, p. 30–36, 27 ago. 2018. Disponível em: <https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/view/385>. Acesso em: 12 jan. 2024.

CONTE, A. F.; JENERAL, R. B. R. Sentimentos vivenciados pelos adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 218–222, 14 mar. 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/30611>. Acesso em: 18 jun. 2024.

DIAS, F. M.; BERGER, S. M. D.; LOVISI, G. M. O cuidado em saúde às crianças com a Síndrome Congênita do Zika. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 46, n. spe6, p. 83–96, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042022001000083&tlng=pt. Acesso em: 21 jun. 2024.

LACERDA, C. B. *Fanzines educacionais: uma possibilidade concreta na educação ou uma blasfêmia no meio fanzineiro?* In: ANDRAUS, G.; MAGALHÃES, H. *Dossiê fanzines, arte zines e biograficzines: publicações mutantes*. Goiânia, GO: Cegraf UFG, 2021b (Desenredos).

MAGALHÃES, H. *O que é fanzine*. Coleção Primeiros Passos, 283. São Paulo: Brasiliense, 1993.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 36 (3), 113-117. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55036/35070>. doi: 10.1590/1983-1447.2015.03.55036.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em Equipe: uma Revisita ao Conceito e a Seus Desdobramentos no Trabalho Interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S.l.], v. 18, n. supl. 1, p. e0024678, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&tlng=pt. Acesso em: 21 jun. 2024.

SOUZA, A. C. P. D.; TAVARES, C. M. D. M. Fanzine como recurso Artístico-Educativo para Promoção da Saúde Mental dos Jovens. *Revista Pró-UniverSUS*, [S.l.], v. 13, n. Especial, p. 82-86, 5 nov. 2022. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3410>. Acesso em: 16 jan. 2024.

SOUZA, J. B. Elaboração de materiais educativos como ferramenta para a educação em diabetes. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2023. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/17916/2/Jessiane_Bispo_Souza.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

SOUZA, R. R.; MARQUETE, V. F.; VIEIRA, V. C. D. L. *et al.* Cuidado domiciliar à criança e ao adolescente com diabetes mellitus tipo 1 na perspectiva do cuidador. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 28, p. e46013, 16 out. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/46013>. Acesso em: 18 jun. 2024.

VARGAS, D. M. *et al.* Um Olhar Psicanalítico sobre Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus Familiares. *Revista Psicologia e Saúde*, [S.l.], p. 87-100, 7 fev. 2020. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/858>. Acesso em: 20 jun. 2024.

ZAUITH, G.; DAVANÇO, A. R.; BARBIERI, M. R. Oficina de fanzine: práticas de educomunicação com alunos da Casa da Ciência. *Comunicação & Educação*, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 56-68, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9125.v24i1p56-68. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/150423>. Acesso em: 28 jun. 2024.

CAPÍTULO XIX

ELABORAÇÃO DE UM *E-BOOK* SOBRE ASSISTÊNCIA AO ENVELHECIMENTO LGBTQIAPN+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Romário Gomes Rodrigues
Gabriel Rodrigues Martins de Freitas
Rozane Pereira de Sousa
Eduardo Sérgio Soares Sousa

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-19

1. INTRODUÇÃO

A população LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais e Não-binários e “+” outras identidades de gênero e orientações sexuais) enfrenta desafios singulares ao envelhecer, incluindo discriminação, isolamento social e barreiras ao acesso aos serviços de saúde. Nesse âmbito, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve desempenhar um papel crucial no atendimento às necessidades dessa população, promovendo cuidados inclusivos, equitativos e articulados às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os estudos sobre envelhecimento de minorias sexuais de gênero, evidenciam que nessa população há uma maior propensão a adotar comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde, como o consumo de tabaco, o consumo excessivo de álcool e a prática de sexo desprotegido, quando comparadas às pessoas idosas que não pertencem à comunidade LGBTQIAPN+ (Henry *et al.*, 2021; Max *et al.*, 2016; Fredriksen-Goldsen, 2016). Além disso, pessoas idosas que se identificam como lésbicas, gays ou bissexuais também apresentaram maior probabilidade de relatar uma saúde geral ruim, sofrimento mental, incapacidades (especialmente relacionadas à visão, locomoção e cognição), problemas de sono (Fredriksen-Goldsen, 2016).

Complementando esse cenário, de acordo com Rebelatto *et al.* (2021), a população LGBTQIAPN+ relata sentir-se pouco acolhida nos serviços de saúde, enfrentando dificuldades para obter medicações adequadas e realizar exames preventivos. Logo, as barreiras de acesso aos serviços de saúde contribuem para precarizar o cuidado ofertado para essa população contribuindo para agravar suas condições de saúde.

As pesquisas sobre o envelhecimento de pessoas idosas LGBTQIAPN+ ainda são escassas. Entretanto, há um interesse crescente pela temática, com um aumento na produção de novos estudos gerontogeriátricos que visam preencher essa lacuna de conhecimento (Henning, 2017). No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), isso reflete uma falta de atenção significativa às necessidades específicas desses indivíduos no contexto do envelhecimento.

A partir da linha de pesquisa de atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis, a questão que este estudo buscou mitigar foi: Como o envelhecimento da população LGBTQIAPN+ pode ser abordado de maneira mais inclusiva e equitativa na APS, considerando os desafios específicos de discriminação, isolamento social e barreiras ao acesso aos serviços de saúde?

Assim, este trabalho, fruto de uma pesquisa de mestrado profissional em Saúde da Família, descreve o processo de elaboração de um *e-book*, material de editoração, de caráter informativo, com subsídios teóricos sobre a temática do envelhecimento de minorias sexuais e de gênero em serviços de cuidados primários, cuja finalidade é fomentar reflexões para mudanças de cenários e práticas assistenciais. O referido produto foi disponibilizado eletronicamente no site: <https://romariorodrigues4.wixsite.com/um-e-book-sobre-assi> e, pode ser acessado gratuitamente para leitura no próprio site ou mediante o *download* do arquivo em formato PDF.

O desenvolvimento de materiais de editoração podem compor um produto final de um programa de Mestrado Profissional. Esses produtos visam unir pesquisa e prática, com potencial para implementação em vários ambientes educacionais. A integração de pesquisa e ensino é crucial para o desenvolvimento de produtos educacionais eficazes (Gonçalves *et al.*, 2019; Pinheiro; Aires, 2023; Pasqualli; Vieira; Castaman, 2018).

Além disso, a instrução direcionada de orientadores e abordagens coletivas pode equilibrar a criação de produtos educacionais com a redação de dissertações. No geral, os produtos educacionais são vistos como representações dinâmicas da realidade educacional, exigindo pesquisas contínuas para aprimoramento de seu desenvolvimento e impacto social (Zaidan; Reis; Kawasaki, 2020; Pasqualli; Vieira; Castaman, 2018).

Varejão *et al.* (2024) desenvolveram um material de editoração para profissionais de saúde primários, abordando a necessidade de melhor treinamento e conscientização no atendimento a essa comunidade. A cartilha inclui terminologia, centros de suporte, leis e dicas de acolhimento.

Por sua vez, Santos *et al.* (2021) organizaram uma coletânea que reúne textos que direcionam o diálogo acerca de elementos conceituais e pesquisa empírica, articulando diferentes perspectivas teórico-metodológicas para refletir e analisar os desafios na produção do cuidado integral para a população LGBTQIA+.

2. MÉTODO

2.1. Etapa 1: Produção do Conhecimento

2.1.1. Síntese da pesquisa realizada no mestrado

A partir de uma investigação bibliográfica composta por artigos de pesquisa de revisão de escopo e relato de experiência, objetivou-se compreender como a Atenção Primária oferece cuidado à população idosa LGBTQIAPN+. Na revisão de escopo detectou-se que o cuidado ao envelhecimento LGBTQIAPN+ na Atenção Primária é composto por inúmeros desafios, entre eles: formação profissional insuficiente, ambientes não inclusivos, isolamento social, discriminação e barreiras de acesso à saúde. Os achados destacam as adversidades de se trabalhar com pesquisas sobre a temática LGBTQIAPN+, bem como a singularidade desse tipo de pesquisa na Pós-graduação da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Além disso, a conclusão sublinha a necessidade de explorar novas fronteiras do conhecimento e fomentar a investigação de questões relevantes para a saúde dessa comunidade, justificando a elaboração do *e-book* como um produto.

2.2. Etapa 2: Criação do Produto

O desenvolvimento do *e-book*, como produto de editoração, seguiu uma abordagem metodológica baseada na revisão de literatura, alinhada às diretrizes atuais de atenção à saúde da população idosa LGBTQIAPN+, refletindo sobre esse envelhecimento no contexto da Atenção Primária à Saúde. Para tanto, foram adotadas as seguintes etapas metodológicas:

1. **Revisão Bibliográfica:** foi realizada uma pesquisa exaustiva em quatro bases de dados científicas (PubMed, Scielo, EMBASE e LILACS) sobre os temas envelhecimento, saúde de minorias sexuais e de gênero e cuidados na Atenção Primária. Foram priorizados estudos recentes e de relevância científica, bem como diretrizes nacionais e internacionais, a fim de garantir a atualidade e a validade das informações apresentadas no *e-book*.
2. **Consultas às Normativas e aos Protocolos:** além da revisão de literatura, foram analisadas normativas e protocolos emitidos por órgãos oficiais, como o Ministério da

Saúde (MS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e entidades específicas voltadas para a saúde LGBTQIAPN+. Essas fontes serviram de base para a formulação das recomendações e boas práticas destacadas no *e-book*.

3. **Estruturação pedagógica:** o material foi organizado de forma clara e didática, visando facilitar o entendimento por diferentes públicos, desde gestores e profissionais de saúde até as pessoas idosas LGBTQIAPN+. O uso de uma linguagem inclusiva e acessível foi priorizado para promover o engajamento e a apropriação do conteúdo.

2.2.1. População-alvo

O *e-book* é direcionado a gestores de saúde, profissionais de saúde da Atenção Primária e pessoas idosas LGBTQIAPN+, com potencial para disseminar informações sobre o envelhecimento de minorias sexuais e de gênero no cenário da APS.

2.2.2. Etapas da Criação

O livro *e-book* intitulado “Abordando o envelhecimento LGBTQIAPN+ na Atenção Primária à Saúde” foi elaborado pelos autores dentro do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Assim, trata-se de produto de editoração técnico tecnológico, cuja elaboração seguiu as seguintes etapas:

- Planejamento e pesquisa: construção de uma fundamentação teórica mediante uma pesquisa de revisão de escopo que compôs a dissertação de mestrado sobre a temática da assistência ao envelhecimento de minorias sexuais e de gênero na APS. A pesquisa foi realizada nas bases de dados da PubMed, LILACS, SciELO e EMBASE.
- Desenvolvimento e conteúdo: com base na pesquisa, foram definidos seis capítulos: 1) Atenção Primária e o cuidado integral às Minorias Sexuais e de Gênero; 2) Compreendendo a diversidade LGBTQIAPN+; 3) O envelhecimento LGBTQIAPN+; 4) A demografia do envelhecimento LGBTQIAPN+; 5) Adoecimento na velhice LGBTQIAPN+; 6) Barreiras de acesso aos serviços de saúde. O conteúdo adotou uma linguagem clara e objetiva, aplicando o uso de ilustrações para facilitar a compreensão. Além disso, concentrou os aspectos centrais da temática e reflexões sobre promoção do cuidado em saúde para o público-alvo.
- Revisão e distribuição: o material foi submetido a revisão editorial e ortográfica. A versão final é composta por 53 páginas e com registro no *International Standard Book Number* (ISBN).

2.2.3. Validação

Embora a validação formal seja uma etapa essencial para garantir a aplicabilidade e o impacto de produtos técnico-informativos, no caso deste *e-book*, sua realização não foi possível devido às limitações impostas pelo prazo de conclusão do mestrado profissional. O cronograma do programa exigia que a elaboração e entrega do material seguissem uma agenda rigorosa, priorizando a finalização dentro do tempo disponível.

Apesar disso, o conteúdo foi desenvolvido com base em revisão bibliográfica abrangente, consulta a normativas oficiais e revisão editorial criteriosa, garantindo a qualidade e a pertinência do material. A validação poderá ser realizada futuramente, contribuindo para consolidar ainda mais a confiabilidade e o impacto do *e-book* junto ao público-alvo.

2.2.4. Grau de inovação do produto

O produto apresenta grau Médio teor inovador, pois foi elaborado a partir da combinação de conhecimentos pré-estabelecidos.

3. RESULTADOS ESPERADOS

Impactos: Apresenta impacto real, pois configura-se como solução de um problema previamente identificado com impacto significativo para a área da saúde coletiva que repercute nos segmentos: saúde, ensino, aprendizagem, científico e social.

Aplicabilidade: O produto pode ser aplicado em todo território nacional. Sua **replicação** apresenta como limitação a necessidade de acesso a um dispositivo eletrônico com acesso à internet.

Relevância: depende da utilidade que o cliente externo possa enxergar ao buscar satisfazer uma dada necessidade ou problema.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A marginalização dos indivíduos LGBTQIAPN+ é histórica e intergeracional. A velhice LGBTQIAPN+ também é marcada pela discriminação e invisibilidade, sobretudo nos cuidados em saúde. Diante desse cenário é fundamental aprofundar a compreensão das disparidades e desafios de saúde que esses indivíduos enfrentam, a fim de criar práticas e ambientes que realmente atendam e apoiem suas necessidades específicas (Kneale *et al.*, 2021; Caceres *et al.*, 2020; Toze *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a elaboração do *e-book*, voltado aos gestores, profissionais de saúde da Atenção Primária e às pessoas idosas LGBTQIAPN+, contribui para difundir informações sobre o envelhecimento LGBTQIAPN+ nos ambientes de cuidados primários em saúde. Esse tipo de

material eletrônico possui uma coleção de dados e informações que podem ser acessados em diversos dispositivos eletrônicos, como computadores, celulares e *tablets*, disponíveis em vários formatos para *download* (Duarte; Lopes, 2015; Faria *et al.*, 2022).

A relevância do *e-book* ancora-se no fornecimento de reflexões críticas e informações atualizadas para apoiar cuidados em saúde da população idosa LGBTQIAPN+, fomentando práticas assistenciais mais inclusivas e compassivas na APS. A experiência de elaboração, apesar de algumas limitações, como a falta de validação formal, reforçou a importância do desenvolvimento de outros materiais técnico-informativos sobre a temática.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do *e-book* sobre as perspectivas assistenciais do envelhecimento LGBTQIAPN+ na APS representa uma iniciativa para melhorar a qualidade do atendimento ofertado a essa população vulnerável. Espera-se que o material sirva como um recurso valioso para profissionais de saúde, gestores e para a população idosa LGBTQIAPN+, promovendo práticas de cuidado mais inclusivas e sensíveis às necessidades da comunidade.

REFERÊNCIAS

CACERES, B. A. *et al.* Provider and LGBT Individuals' Perspectives on LGBT Issues in Long-Term Care: A Systematic Review. **The Gerontologist** [S.l.], v. 60, n. 3, p. 169-183, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnz012>. Acesso em: 16 jul. 2024.

DUARTE, A. B. S.; LOPES, A. Q. Livro eletrônico e sua utilização por alunos de graduação de uma universidade federal. **Informação & Informação**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 377-409, 2015. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/17785>. Acesso em: 16 jul. 2024.

FARIA, C. C. *et al.* Elaboration and validation of an e-book with the laws about diabetes in schools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 75, n. 3, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-071>. Acesso em: 16 jul. 2024.

FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I. *et al.* The Future of LGBT+ Aging: A Blueprint for Action in Services, Policies, and Research. **Generations**. San Francisco, Calif. 2016; v. 40, n. 2, p. 6-15. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5375167/> Acesso em: 22 jul. 2023.

GONÇALVES, C. E. L. C. *et al.* (Alguns) desafios para os Produtos Educacionais nos Mestrados Profissionais nas áreas de Ensino e Educação. **Educitec – Revista de Estudos e Pesquisas sobre Ensino Tecnológico**, Manaus, Brasil, v. 5, n. 10, 2019. Disponível em: <https://sistemascmc.ifam.edu.br/educitec/index.php/educitec/article/view/500>. Acesso em: 18 out. 2024.

HENNING, C. E. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. **Horizontes Antropológicos**, v. 23, n. 47, p. 283-323, jan. 2017.

HENRY, R. S. *et al.* Discrimination, Mental Health, and Suicidal Ideation among Sexual Minority Adults in Latin America: Considering the Roles of Social Support and Religiosity. **Trauma Care**, v. 1, n. 3, p. 143–161, 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.3390/trauma_care1030013. Acesso em: 15 jun. 2023.

KNEALE, D. *et al.* Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review. **Ageing Soc.** 2021, v. 41, p. 493-515. Disponível em: [doi:10.1017/S0144686X19001326](https://doi.org/10.1017/S0144686X19001326). Acesso em: 15 jul. 2024.

MAX, W. B. *et al.* Sexual identity disparities in smoking and secondhand smoke exposure in California: 2003-2013. **American Journal of Public Health**. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.05.014>. Acesso em: 01 jul. 2023.

PASQUALLI, R.; VIEIRA, J. A.; CASTAMAN, A. S. Produtos educacionais na formação do mestre em educação profissional e tecnológica. **Educitec - Revista de Estudos e Pesquisas sobre Ensino Tecnológico**, Manaus, Brasil, v. 4, n. 07, 2018. Disponível em: <https://sistemascmc.ifam.edu.br/educitec/index.php/educitec/article/view/302>. Acesso em: 18 out. 2024.

PINHEIRO, F. F. P. S.; AIRES, J. P. Orientações para elaboração de produtos educacionais no mestrado profissional em ensino: exemplificando os tipos de produtos. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, [S.l.], v. 16, n. 8, p. 12151-12168, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/1667>. Acesso em: 18 out. 2024.

REBELATTO, C.; GOMES, M. C. A.; CRENITTE, M. R. F. **Introdução às velhices LGBTI+**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://www.sbggrj.org.br/rj/arquivos/14484>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SANTOS, A. M. *et al.* (Orgs.). *População LGBT+: demandas e necessidades para a produção do cuidado* (1. ed.). Salvador: EDUFBA. 2021.

TOZE, M. *et al.* Applying a Capabilities Approach to Understanding Older LGBT People's Disclosures of Identity in Community Primary Care. **International Journal of Environmental Research and Public Health** [S.l.], v. 17, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17207614>. Acesso em: 16 jul. 2024.

VAREJÃO, C. P. *et al.* Construction of Educational Technology on Health Care for the LGBTQIA+ Population in Primary Health Care1. **Revista CPAQV**, v. 16, n. 2, 2024. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/2087>. Acesso em: 07 dez. 2024.

ZAIDAN, S.; REIS, D. A. F.; KAWASAKI, T. F. Produto educacional: desafio do mestrado profissional em educação. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, [S.l.], v. 16, n. 35, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://rbpg.capes.gov.br/rbpg/article/view/1707>. Acesso em: 18 out. 2024.

CAPÍTULO XX

DESENVOLVIMENTO DE UMA PLATAFORMA ONLINE PARA O PROGRAMA MELHOR EM CASA EM BENTO GONÇALVES (RS)

Rosenilda Corrêa Imperatori
Maurício Polidoro

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-20

RESUMO

Introdução: Para um cuidado integral e resolutivo, é fundamental conhecer os serviços de saúde existentes, seus objetivos e fluxos. O compartilhamento do cuidado deve estar articulado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), para garantir a integralidade do cuidado. O Programa Melhor em Casa (PMC) está inserido no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e envolvido em toda a RAS. **Objetivo:** Abranger, através da comunicação e divulgação, especificamente, a população e a rede de assistência à saúde do município de Bento Gonçalves (RS), o entendimento do funcionamento e acessibilidade do programa, assim como o perfil do paciente, que poderá ser acompanhado pela equipe multidisciplinar, conforme as diretrizes. **Metodologia:** A pesquisa envolveu um roteiro de investigação nos diferentes estados brasileiros, através de busca virtual, a fim de identificar municípios que possuem o PMC em funcionamento e que dispõem de páginas virtuais. **Resultados:** Na pesquisa, encontramos cerca de 43 cidades que possuem página digital, sendo o Instagram como plataforma de destaque. As postagens dessas cidades estão voltadas para a rotina de atendimentos, material audiovisual, fotos, textos, reabilitação e educação contínua. Para a construção da página virtual, no município de Bento Gonçalves, foram avaliadas diversas opções de meios de comunicação, visando garantir que a ferramenta escolhida apresentasse progressão e continuidade. Diante disso, optamos por criar uma página virtual no site da Prefeitura Municipal, onde facilita o acesso da população em geral. **Conclusão:** A criação da página virtual foi uma iniciativa extremamente positiva e útil, na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo entre a comunidade e o SAD. Essa página pode desempenhar um papel crucial na divulgação e no acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo programa, permitindo que a população obtenha informações relevantes de forma rápida e conveniente. Além disso, uma plataforma *online* pode facilitar a comunicação entre os usuários(as) e os profissionais de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Como enfermeira integrante da equipe multiprofissional do Serviço de Assistência Domiciliar/Programa Melhor em Casa (SAD/PMC), atuo no desenvolvimento de uma ampla gama de atendimentos, destacando a importância do trabalho integrado da equipe para as famílias e pacientes. Esse trabalho se concentra no acompanhamento contínuo, reabilitação ou cuidados paliativos, sempre adaptados ao contexto individual de cada usuário. Identificou-se, contudo, uma dificuldade recorrente na rede hospitalar e na Atenção Básica para encaminhar pacientes ao programa, seja pela alta rotatividade de profissionais, seja pela falta de compreensão sobre quais pacientes se enquadram nos critérios de elegibilidade para acompanhamento domiciliar. Com base nessa necessidade, buscou-se, por meio do Mestrado

PROFSAÚDE, desenvolver um produto técnico voltado à melhoria da comunicação na rede de saúde. Dessa iniciativa, surgiu a criação de uma plataforma *online*, que visa não apenas divulgar o serviço, mas também facilitar a comunicação, garantindo que os pacientes com o perfil adequado, conforme as diretrizes do programa, sejam devidamente encaminhados. O objetivo é alcançar desfechos mais positivos tanto para os pacientes quanto para seus familiares, uma vez que a comunicação eficaz é essencial para que a rede de saúde e a população compreendam os serviços especializados disponibilizados pelo município.

Com a transformação da tecnologia e o crescente uso da internet, o acesso a informações por meio de plataformas virtuais se expandiu globalmente, facilitando a disseminação de conteúdos e rompendo barreiras físicas e temporais. Essa evolução possibilitou uma interação rápida e direta, permitindo à população refletir e compartilhar informações de maneira mais eficiente (Moraes Lopes *et al.*, 2014). Nesse contexto, surgiu a oportunidade de criar uma plataforma *online* para a divulgação e comunicação do Serviço de Assistência Domiciliar/Programa Melhor em Casa (SAD/PMC). A plataforma visa otimizar a comunicação com a rede de atenção à saúde, garantindo que os pacientes elegíveis, conforme as diretrizes do programa, sejam devidamente encaminhados e acompanhados. A iniciativa almeja melhorar os desfechos para os pacientes e seus familiares, uma vez que a comunicação eficaz se torna essencial para que a rede de saúde e a população compreendam os serviços especializados oferecidos pelo município.

Em relação a promoção da saúde, através de mídias sociais, a própria Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) dentre seus objetivos, estabelece estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis, estabelecendo estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis (Brasil, 2021). Salientando a necessidade de realizar as divulgações com segurança e ética no compartilhamento de dados pessoais de saúde.

A principal finalidade é divulgar os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais que compõem a equipe do serviço de assistência domiciliar, tais como, orientações e explicações sobre procedimentos referentes aos cuidados diários aos pacientes no domicílio, o perfil do paciente elegível para acompanhamento, formas de acesso ao SAD/PMC. Reconhecendo a utilização de redes sociais no âmbito da saúde como ferramentas de trabalho, melhorando a interação entre a equipe e demais profissionais da rede, gestão e principalmente com a comunidade, acompanhando as ações realizadas e o cuidado proporcionado no domicílio de

indivíduos acometidos por agravamento no seu estado de saúde, buscando a reabilitação ou ações paliativas.

A implementação da página virtual está em construção, sendo possível acessar no site: <https://www.bentogoncalves.rs.gov.br/site>, Secretarias – Secretaria da Saúde – Melhor em Casa: <https://www.bentogoncalves.rs.gov.br/site/conteudos/5392-div-class%22>

A Atenção Domiciliar (AD) desempenha um papel fundamental no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública e como um instrumento para promover a equidade. Nesse sentido, a AD é reconhecida como um ambiente propício para a prestação de cuidados inovadores e personalizados em saúde, apresentando potencial para oferecer assistência que esteja centrada nas demandas e necessidades dos usuários(as), suas famílias e cuidadores (Andrade *et al.*, 2016). A modalidade de AD é uma abordagem valorizada no setor saúde, tanto no Brasil quanto no mundo, por possibilitar a implementação de novas formas de cuidado interdisciplinar aos pacientes. Além de diminuir a necessidade e a duração de internações hospitalares, traz redução de custos e diminuição de riscos eventuais.

A vinculação dos programas de assistência domiciliar com a rede de saúde, a responsabilidade de gestão e as modalidades de assistência domiciliar oferecidas variam significativamente de um país para outro, bem como o conjunto de serviços incluídos em cada programa. Essas diferenças podem ser atribuídas a uma variedade de fatores, como a estrutura e organização do sistema de saúde de cada país, as políticas de saúde adotadas, os recursos disponíveis, as necessidades específicas da população atendidas e as prioridades de saúde pública.

O serviço de atenção domiciliar no município de Bento Gonçalves, está ativo desde 2005, e a implementação do PMC ocorreu no ano de 2012 através da Portaria nº2.147, de 25 de setembro de 2012, possui uma equipe EMAD tipo 1 e uma equipe EMAP. Atualmente a equipe EMAD tipo 1 é composta por médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e técnico de enfermagem. O processo de trabalho dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional requer experiência profissional e qualificação para atuar em AD, pois este tipo de cuidado exige mobilização de competências específicas, principalmente ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com usuários, familiares e em equipe multiprofissional, bem como autonomia, responsabilidade e conhecimento técnico e científico próprios do campo (Silva, 2014).

A interação entre os profissionais que trabalham no PMC e outros pontos da RAS é essencial para fortalecer os princípios doutrinários do SUS. Uma estratégia de comunicação entre setores são as reuniões e discussão de casos, principalmente com as equipes de ESF, que

também realizam visitas domiciliares, e são consideradas o modelo mais adequado para o funcionamento da APS no país. Assim, melhorando o fluxo dos(as) usuários(as) após a alta do SAD/PMC, com a transição do cuidado para estas equipes.

Uma característica em comum das ESF e equipe do SAD/PMC, são as visitas domiciliares conduzidas com uma abordagem holística, envolvendo não só os cuidados necessários ao paciente, mas abrangendo os demais familiares, observando o ambiente, compreendendo as rotinas e contexto social, coletando informações, com esclarecimentos, acolhendo e desenvolvendo ações que possam beneficiar a saúde de toda a família. Esta abordagem fortalece os vínculos em relações ambíguas e propicia um dinamismo que sustenta a implementação de estratégias pedagógicas, sanitárias, assistenciais e ambientais. Além de sua aplicação técnica, a VD transcende a abordagem tradicional centrada em sintomas e diagnósticos (Savassi *et al.*, 2018).

A pesquisa realizada no mestrado, foi com uma abordagem quantitativa, com o objetivo de explorar o perfil dos pacientes atendidos de 2018 a 2022 no Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves (RS). Os dados foram extraídos através de prontuários eletrônicos, do sistema de Gestão Municipal de Saúde (G-Mus), após foram tabulados em planilhas de Excel. Os dados analisados foram: origem do encaminhamento dos pacientes, idade, gênero, raça/cor, comorbidade, desfechos (reabilitação, óbito, alta), mobilidade dos pacientes, via de alimentação e bairro de residência.

Durante a pesquisa, conclui-se a importância e eficácia do SAD/PMC no contexto da saúde da população atendida, assim como, contribuem para fundamentar a relevância do programa e reforçar a necessidade de sua continuidade e aprimoramento. Desta forma, com a divulgação dos resultados encontrados, os gestores também conseguem identificar melhor a linha de cuidado deste programa, proporcionando a ampliação da equipe para continuidade do trabalho, seguindo o proposto pelas diretrizes do programa, almejando desfechos diferenciados para o paciente e seu círculo familiar.

A criação de uma página virtual com o objetivo de fornecer informações sobre o SAD/PMC da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves foi uma iniciativa extremamente positiva e útil. Essa página pode desempenhar um papel crucial na divulgação e no acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo programa, permitindo que a população obtenha informações relevantes de forma rápida e conveniente. Além disso, uma plataforma *online* pode facilitar a comunicação entre os usuários e os profissionais de saúde, possibilitando agendamentos, esclarecimentos de dúvidas e até mesmo *feedback* sobre os serviços prestados.

No âmbito da elaboração de um produto técnico, procedeu-se à elaboração de uma página virtual como estratégia para auxiliar profissionais e a população a obter informações sobre o serviço, abrangendo seu funcionamento, acessibilidade, público-alvo, entre outros aspectos relevantes. As redes sociais proporcionam fácil acesso, além de possibilitar a divulgação, interação e oportunidades de conhecimento sobre o trabalho das equipes de saúde domiciliar, suas rotinas, ações desenvolvidas e resultados alcançados. Com base nisso, surgiu a ideia de criar uma página virtual específica para o SAD/PMC de Bento Gonçalves.

Para desenvolver esta ferramenta virtual, de acesso às informações do PMC, realizou-se uma busca virtual, em sites, nos 27 estados brasileiros, a fim de identificar municípios que possuem o SAD/PMC em funcionamento e que dispõem de páginas virtuais. A metodologia utilizada para a pesquisa envolveu um roteiro de investigação nos diferentes estados brasileiros. O processo de coleta de dados incluiu os seguintes passos:

1. Identificação dos estados: Mapeamento e listagem de todos os estados brasileiros.
2. Levantamento dos municípios com SAD/PMC: Pesquisa para identificar os municípios em cada Estado que possuem o Programa Melhor em Casa/Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).
3. Verificação da existência de páginas virtuais: Para os municípios identificados, foi realizada uma busca específica para verificar se possuíam alguma página virtual ou informações disponíveis na internet sobre o serviço de SAD/PMC.
4. Avaliação das informações: Caso uma página virtual fosse encontrada, foi realizada uma avaliação das informações disponíveis, buscando dados relevantes sobre o funcionamento do programa, contatos, serviços oferecidos, entre outros.
5. Consolidação dos resultados: os resultados foram consolidados, incluindo o Estado, a identificação dos municípios que possuíam páginas virtuais com informações sobre o SAD/PMC, plataforma utilizada, *link* da página, sessões de informações e periodicidade de publicação. Conforme a pesquisa, diversos municípios possuem a plataforma virtual Instagram para disponibilizar informações sobre o serviço para a população.

De acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) sob parecer nº5.981.288, para utilização de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde e SAD/PMC, foi assinado um termo de liberação pela secretaria da saúde do município de Bento Gonçalves.

A principal finalidade dessa página é divulgar as atividades realizadas pelos profissionais que compõem a equipe do SAD/PMC, incluindo orientações e explicações sobre os procedimentos relacionados aos cuidados diários aos pacientes no domicílio, o perfil dos pacientes elegíveis para acompanhamento e as formas de acesso ao serviço. Reconhecendo o uso das redes sociais como ferramentas de trabalho no campo da saúde, espera-se melhorar a interação entre a equipe, outros profissionais da rede, a gestão e, principalmente, a comunidade, acompanhando as ações realizadas e os cuidados fornecidos no domicílio de indivíduos com agravamento do estado de saúde, visando à reabilitação ou à prestação de cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M. *et al.* **Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar:** uma revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2017 jan-fev;70(1):210-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xthfygXQ5vsvcplymV3qfHn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília: MS, v. 1, 2012a.

MORAES LOPES, A. *et al.* **Rev. iberoam. cienc. tecnol. soc.** Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 9, n. 26, p. 39-54, mai. 2014. Disponível em: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-00132014000200003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 16 out. 2024.

SAVASSI, L. C. M.; MELO, C. G.L.; GONÇALVES, D. A.; OLIVEIRA, D. O. P. S.; LOPES, H. R.; FREGONEZI, R. L. H. **Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-13.

SILVA, L. K.; SENA, R. R.; SILVA, P. M.; SOUZA, C.G.; MARTINS, A. C. S. **The nurse's role in home care: its implications for the training process.** Cienc Cuid Saude [Internet]. 2014[cited 2015 Apr 26];13(3):503-10. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19227/pdf_334.

CAPÍTULO XXI

CURSO SOBRE CUIDADO ODONTOLÓGICO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rosiclei de Souza Lourenço
Lihsieh Marrero
Vinícius Azevedo Machado
Edsandra Rocha dos Santos

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-21

1. INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna e infantil ainda é um dos grandes desafios para as autoridades sanitárias mundiais e para os sistemas de saúde, em razão dos diversos aspectos envolvidos na gestação. A gestação é um processo fisiológico e sua evolução se dá, na maioria dos casos, sem intercorrências e complicações significativas. Porém, há gestações que podem evoluir de forma desfavorável, sendo estas classificadas como de alto risco. O acompanhamento pré-natal individualizado e centrado nas necessidades da gestante contribui para a redução dos riscos gestacionais, dentre elas o cuidado odontológico (Brasil, 2022; Alves *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021). Apesar das evidências de sua importância, a literatura demonstra que o acesso e a adesão das mulheres ao cuidado odontológico durante o pré-natal é prejudicado pelo desconhecimento e insegurança da equipe de saúde em prescrever o acompanhamento, em especial, em casos de alto risco gestacional (Moimaz *et al.*, 2021).

A gestação de alto risco é aquela que se desenvolve com a existência de eventos clínicos que ameaçam a saúde ou a vida materna e/ou fetal, como alterações patológicas, morbidades associadas ou desenvolvimento de complicações decorrentes de problemas pré-existentes ao diagnóstico de gravidez (Silva *et al.*, 2021). No Brasil, estima-se que 15% do total das gestações diagnosticadas seja de alto risco, representando 470 mil casos por ano (Brasil, 2021). O atendimento pré-natal de gestantes classificadas como de alto risco é compartilhado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e o sistema de referência ambulatorial e hospitalar especializado (Brasil, 2019).

O cuidado com a saúde bucal compõe o conjunto de ações previstas no acompanhamento pré-natal. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) orienta o início do acompanhamento

odontológico em qualquer período da gestação, incluindo procedimentos clínicos e ações educativas voltadas às gestantes, realizados de forma articulada pelos profissionais da equipe de saúde da APS (Brasil, 2023; Marques *et al.*, 2021).

Para contribuir com a qualidade da atenção à saúde, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) prevê ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), como estratégias de ensino e desenvolvimento voltadas aos prestadores de serviço, servidores e usuários (Brasil, 2009). Diversas ferramentas podem ser utilizadas para promover a EPS, dentre elas, os ambientes virtuais de aprendizagem (AVA), que dispõem de um conjunto de recursos que proporcionam o processo de aprendizagem à distância mediado por tecnologia (Freitas *et al.*, 2012). A modalidade de educação à distância (EAD) é caracterizada pela separação espacial e temporal entre quem aprende e quem ensina, com comunicação indireta, mediada por recursos tecnológicos e midiáticos. Na EAD ou nas ações de formação apoiadas por mídias e tecnologias, praticamente, toda a interação do aluno com a proposta educacional tem como ponto de partida os conteúdos (Filatro, 2023).

A articulação entre ferramentas e meios digitais e as tecnologias pedagógicas mediadas por tecnologia ampliaram a oferta de ações de EPS na modalidade EAD. A oferta de cursos autoinstrucionais por meio dos AVA ampliaram o acesso à informação a um número maior de profissionais (Batista; Gonçalves, 2011). Na perspectiva da PNEP e compreendendo a oferta de cursos na modalidade EAD *online* como ferramenta para promover a EPS, somada a necessidade de reforçar o cuidado odontológico no pré-natal, o desenvolvimento deste estudo teve como questão norteadora: qual o conteúdo adequado para o desenvolvimento de um curso sobre a importância do cuidado odontológico no pré-natal de alto risco para cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros da equipe de saúde da APS?

A motivação para a realizar o estudo foi a vivência profissional da mestranda como cirurgiã-dentista da APS em Manaus, há mais de 15 anos. Durante estes anos, a mestranda presenciou relatos sobre o atendimento à gestantes, sinalizando a necessidade de qualificação profissional para garantir segurança no atendimento. A mestranda, também, observou que enfermeiros e médicos da equipe valorizam pouco o cuidado odontológico durante o pré-natal. Em ações de educação em saúde com gestantes, a mestranda percebeu a manutenção de mitos e crenças que contraindicam o cuidado odontológico na gestação. Estas experiências estimularam a mestranda a desenvolver um curso sobre o tema, como produto do Mestrado Profissional. O produto desenvolvido recebeu o título “Pré-natal de alto risco: cuidado odontológico” e tem como objetivo sensibilizar cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos que atuam na APS do município de Manaus, Amazonas (AM), sobre a importância do cuidado

odontológico no pré-natal de alto risco. O curso está disponível no AVA da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) (<https://avauea.uea.edu.br/course/view.php?id=3190>).

2. MÉTODO

2.1. Produção do Conhecimento

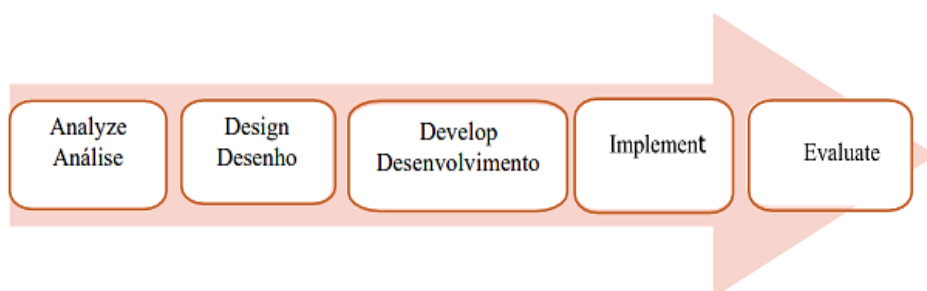
Trata-se de relato experiência de produção de um curso de curta duração, na modalidade EAD, *online* e autoinstrucional sobre a importância do cuidado odontológico no pré-natal de gestantes de alto risco. O estudo foi conduzido no período de setembro de 2023 a julho de 2024. O público-alvo do produto são os profissionais cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos que acompanham o pré-natal no município de Manaus (AM), Brasil.

A rede municipal de saúde, atualmente, dispõe de 309 cirurgiões-dentistas, 680 enfermeiros e 558 médicos, que atuam em 92 Equipes da Estratégia Saúde da Família e em 163 Unidades de Saúde da Família. No último quadrimestre do ano de 2024, estima-se que 31% das gestantes cadastradas no acompanhamento pré-natal realizaram até seis consultas com profissionais de nível superior, sendo registrados 7.244 atendimentos odontológicos de gestantes, no município.

2.2. Etapas da Criação do Produto

Para a elaboração do produto, optou-se pelo modelo ADDIE, utilizado para criação de *Design Instrucional* (DI) de objetivos de aprendizagem, sendo um processo intencional e sistemático de ensino. O DI envolve o planejamento, o desenvolvimento e a aplicação de métodos, técnicas, atividades, materiais e produtos, a fim de promover a aprendizagem humana (Filatro, 2023). O modelo ADDIE é o acrônimo em inglês de (A) *analyze* (análise), (D) *design* (desenho), (D) *develop* (desenvolvimento), (I) *implement* (implementação), (E) *evaluate* (avaliação), representando os cinco passos do plano do DI (Figura 1) que devem ser seguidos em ordem sequencial (Filatro, 2023; Silva; Spanhol, 2014).

Figura 1 – Etapas do modelo ADDIE.



Para o desenvolvimento do curso “Pré-natal de alto risco: cuidado odontológico”, foram aplicados três (03) dos cinco (05) passos previstos, descritos nos parágrafos a seguir.

2.2.1. Passo 1 – “Análise”

Neste passo buscou-se conhecer o cenário que envolve o cuidado odontológico no pré-natal, definir o objetivo e o público-alvo do curso proposto, a partir de uma Revisão Narrativa de Literatura (RNL) sobre os fatores que limitam a procura e o acesso de gestantes brasileiras ao cuidado odontológico durante o pré-natal. A RNL é uma estratégia de mapeamento da literatura, sem critérios pré-definidos, utilizando estratégias de busca simples sobre um tema específico.

As buscas ocorreram em setembro de 2023, nas bases eletrônicas *US National Library of Medicine* (Pubmed); *SciVerse Scopus*; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline); Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS); Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS); *Web of Science* (WOS), bem como em manuais, normas técnicas e demais documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA-Manaus).

Nas buscas foram aplicados os Descritores em Ciências da Saúde: “Atenção Primária à Saúde”; “Educação permanente em saúde”, “Saúde materno-infantil”; “Cuidado odontológico”; “Gestantes de alto risco”; “Cuidado pré-natal”; “Atenção odontológica no pré-natal”, e seus correlatos em inglês e espanhol. Foram incluídas publicações disponíveis entre os anos de 2011 e 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos com animais, estudos *in vitro*, relatos de experiência e editoriais. A análise das publicações pré-selecionadas foi realizada por dois pesquisadores que extraíram os dados de interesse. Os dados foram organizados em temas emergentes.

2.2.2. Passo 2 – “Desenho”

Este passo foi executado entre janeiro e fevereiro de 2024, quando ocorreu a organização das unidades de aprendizagem (UA) e a definição da interface do curso. A organização das UA incluiu a definição da forma de progressão do aluno, o tempo para execução das atividades, os conteúdos, a metodologia de ensino aplicada e as estratégias de avaliação da aprendizagem. A definição da interface do curso incluiu o tipo de plataforma de aprendizado utilizada, a modalidade do curso e os recursos digitais empregados.

Para o desenho do curso foi empregada a matriz de conteúdo, um dispositivo pedagógico para a organização e orientação do processo de ensino-aprendizagem (Filatro, 2023). Como recursos pedagógicos, foram produzidos: roteiro de estudo, material audiovisual explicativo,

apostila, material complementar e atividade avaliativa.

2.2.3. Passo 3 – “Desenvolvimento”

Este passo ocorreu durante o mês de março de 2024, quando foram produzidos os dispositivos pedagógicos do curso e sua estruturação no AVA, com o apoio de profissionais das áreas do *design*, informática e publicidade. O processo de produção incluiu a definição da aparência e o teste de mecânica. A definição da aparência consistiu na edição dos elementos gráficos, na definição de cores e fonte utilizadas na produção dos dispositivos pedagógicos. O teste da mecânica do curso envolveu a revisão e o teste das funcionalidades na plataforma *Moodle*.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta experiência de produção técnica estão apresentados em três tópicos, conforme a sequência de execução dos Passos do modelo ADDIE. No primeiro tópico, são apresentados os resultados obtidos na RNL. No segundo tópico, são descritos os procedimentos que subsidiaram a produção dos dispositivos pedagógicos. No terceiro tópico, são apresentadas as ferramentas utilizadas para a produção do curso propriamente dito.

3.1. Passo 1: Conhecendo o cenário de atendimento odontológico à gestante na APS

A RNL identificou 2.696 publicações, sendo pré-selecionadas 1.431. Após a leitura dos títulos, foram consideradas elegíveis para leitura dos resumos 1.265 publicações e, destas, 205 foram incluídas e lidas na íntegra. Da análise das publicações emergiram cinco (05) temas: “indicadores de saúde materno-infantil”; “cuidados odontológicos no pré-natal”; “acompanhamento pré-natal de gestantes de alto risco”; “fatores que interferem na adesão da gestante ao cuidado odontológico”; “complicações odontológicas na gestação”. A maioria das publicações selecionadas estavam disponíveis na base de dados PubMed (41,5%) e foram publicadas no ano de 2021 (11,2%).

A partir dos resultados da RNL, definiu-se o título do curso, “Pré-natal de alto risco e cuidado odontológico”, o seu objetivo e público-alvo: “sensibilizar os profissionais cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos da APS sobre a importância do cuidado odontológico durante o acompanhamento pré-natal de gestantes de alto risco”. Estas decisões foram tomadas considerando as evidências da baixa adesão das gestantes ao cuidado odontológico, associadas ao desconhecimento dos profissionais de saúde que acompanham o pré-natal, quanto à

segurança deste cuidado na gestação e sua importância para minimizar os riscos gestacionais (Oliveira *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2021).

3.2. Passo 2: Propósitos da aprendizagem, seleção de conteúdos e identificação dos elementos de aprendizagem do produto desenvolvido

Neste passo, ocorreu a organização das UA e definiu-se a interface do curso. Os temas emergentes identificados no Passo 1 foram organizados na matriz de conteúdo em cinco (05) UA, com composição própria, elementos essenciais ao processo de aprendizagem, guardando em seu conjunto, a inter-relação e a reciprocidade entre si. Para cada UA, foram estabelecidos objetivos, produzidos conteúdos e atividades avaliativas.

A progressão do aluno no curso é linear, com a organização das UA sequenciais por nível de complexidade do assunto. Para progredir de uma unidade para a outra, é necessário concluir as atividades propostas na unidade atual. A estratégia metodológica selecionada foi a tradicional, com atividade avaliativa sobre o tema desenvolvido na unidade, como requisito obrigatório para a progressão no curso. Para cada UA, foram elaborados os dispositivos pedagógicos: Apostila, Material audiovisual, Material complementar e Atividade avaliativa. Também foi estimado o tempo para a realização e conclusão das atividades para cada UA. Cada UA conta com uma (01) apostila, um (01) recurso audiovisual (vídeo/*podcast*), material de apoio e uma (01) atividade avaliativa.

Como interface do curso, optou-se pela modalidade de ensino EAD para ampliar esta ações de EPS, contribuindo para a mudança de práticas na oferta do cuidado odontológico no pré-natal de gestantes de alto risco. A modalidade EAD tem ganhado espaço na elaboração e oferta de ações de EPS, uma vez que oportuniza a formação e a qualificação, com melhor aproveitamento do tempo disponível do estudante, direcionando a uma aprendizagem autônoma e à autoaprendizagem (Alves *et al.*, 2021). A carga horária do curso é de oito (08) horas.

Embora professores e alunos envolvidos na EAD estejam separados fisicamente, as tecnologias da informação e comunicação (TIC), como o AVA, permitem a sua aproximação e interação, promovendo o desenvolvimento profissional, por meio do uso de mídias variadas (Cezar; Costa; Magalhães, 2017). Apostando na utilidade das TIC para facilitar o processo de ensino-aprendizagem na modalidade EAD, o curso “Pré-natal de alto risco: cuidado odontológico” foi estruturado para o AVA da plataforma *Moodle*, disponibilizando recursos pedagógicos audiovisuais. A produção deste curso está alinhada às metas internacionais

pactuadas pelo Brasil na Agenda Mundial para 2030, em reduzir a mortalidade materna, infantil e fetal pela garantia do acesso ao serviço de saúde de qualidade às gestantes (Marques *et al.*, 2021).

3.3. Passo 3: Ferramentas, a organização e produção dos recursos de ensino-aprendizagem

Neste passo, foram produzidos os dispositivos pedagógicos do curso e sua estruturação na plataforma *Moodle*, definidos no Passo 2. Para orientar o aluno e auxiliá-lo na progressão no curso e na gestão do tempo de estudo, foi elaborado um “Roteiro de Estudo”, disponível na aba inicial do curso.

O conteúdo do material didático do curso é autoral, elaborado pela mestrande e sua orientadora a partir das publicações selecionadas no Passo 1. Para a produção das apostilas, foram elaborados textos-base, uma ferramenta de orientação com a definição do objetivo, organização do conteúdo e referências selecionadas. Foram produzidas cinco (05) “apostilas” ao total, sobre o tema abordado em cada UA.

O “material audiovisual” produzido foi do tipo “vídeo expositivo” e “*podcast*”, com a finalidade de destacar pontos relevantes sobre o tema da UA, ampliando o conteúdo disposto na apostila. Para a produção destes recursos, foram elaborados “roteiros bases”, apresentando as ideias gerais. Os roteiros apoiaram os apresentadores no desenvolvimento do seu discurso no momento da gravação. Foram produzidos quatro (04) vídeos expositivos e dois (02) *podcasts*. Para atuarem como “apresentadores”, foram convidados profissionais da área de saúde, com *expertise* no tema da UA. Estudos mostram que os recursos didáticos que apresentam personagens, ambientes e linguagem familiares ao público-alvo têm mais aceitabilidade e obtém melhores resultados. Isso porque a semelhança do personagem com o leitor potencializa a expressão e a comunicação. O reconhecimento do público com o personagem facilita o desenvolvimento de novas temáticas, a partir da motivação para a mudança de atitude e comportamento por meio da aquisição de novos conhecimentos (Fleck; Cunha; Caldin, 2016).

A produção, a gravação e a edição do material audiovisual foram conduzidas por um profissional especialista em informática. Todos os recursos pedagógicos foram convertidos em arquivo Mp4, compatível com a plataforma que hospeda o curso, permitindo o seu *up* e *download*.

A aparência definida para o curso remete ao processo de preparação para o nascimento do bebê, aos sentimentos e emoções envolvidos neste momento da vida. Para a edição dos recursos didáticos, optou-se por uma paleta de cores em tons claros e suaves, tornando a

aparência agradável e com melhor visualização. Os elementos gráficos do curso correspondem a imagem de interligação de uma gestante e de um dente e representam a ideia de que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral da gestante, sugerindo que o cuidado odontológico é indispensável para controlar infecções, prevenir agravos à saúde bucal e evitar desfechos desfavoráveis à saúde materno-infantil (Figura 2).

Figura 2 – Elementos gráficos do curso “Pré-natal de alto risco: cuidado odontológico”.



Fonte: Figura do autor

O recurso “material complementar” teve por objetivo facilitar o acesso do cursista ao material de referência utilizado para a produção do conteúdo do curso, permitindo um aprofundamento no tema, sendo disponibilizado, em lista de *links* em cada UA.

A “atividade avaliativa” de cada UA foi estruturada em formato de “quiz”, com questões referentes ao assunto abordado, elaboradas a partir do conteúdo produzido para a UA. Os quizzes aceitam múltiplas tentativas de resposta, sendo que a cada tentativa, as alternativas de respostas são embaralhadas.

Após a produção de todos os recursos didáticos, um profissional de informática estruturou o curso na plataforma *Moodle*, desenvolvendo e testando as funcionalidades de cadastro e acesso dos recursos pedagógicos do curso, o *layout* e a diagramação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso “Pré-natal de alto risco: cuidado odontológico”, na modalidade EAD, estruturado para plataforma *Moodle*, utilizando o ambiente virtual de aprendizagem, tem potencial para ser utilizado em ações de Educação Permanente em Saúde com cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos que atuam na atenção pré-natal do município de Manaus (AM).

A utilização do modelo *Design* Instrucional para o planejamento e o desenvolvimento do curso “Pré-natal de alto risco: cuidado odontológico” foi adequado, enquanto metodologia voltada para a produção de cursos à distância. Como ramo da ciência da educação, o *Design* Instrucional se preocupa com o conteúdo educacional e tecnologias de informação e comunicação que facilitam o aprendizado.

Acredita-se que o curso, se utilizado como recurso para ações de educação permanente em saúde, possa contribuir para a ampliação dos cuidados de saúde à gestante, especialmente as de alto risco, com conseqüente melhoria da atenção pré-natal, redução nas taxas de mortalidade materna, infantil e fetal, pactuadas pelo Brasil nas agendas internacionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. O. *et al.* High risk pregnancy: epidemiology and care, a literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, n. 4, v. 4, p. 14860-72, jul./aug., 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-040>.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.

BRASIL. **Lei nº14.572, de 8 de maio de 2023.** Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm. Acesso em: 01 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Diretriz para a prática clínica odontológica na atenção primária à saúde: tratamento em gestantes**, Brasília, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pratica_odontologica_gestantes.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº29**, v. 52. Brasília, 2021. Disponível em: http://C:/Users/aspir/Downloads/Boletim_epidemiologico_SVS_29.pdf. Acesso em: 01 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: 56 p.: il, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223374>. Acesso em: 01 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 01 set. 2022.

CEZAR, D. M.; COSTA, M. R.; MAGALHÃES, C. R. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde? **Em Rede, Revista de Educação Distância**, v. 4, n. 1. 2017. DOI: <https://doi.org/10.53628/emrede.v4i1.184>.

FILATRO, A. **Design instrucional para professores**. São Paulo: Editora Senac. 2023.

FLECK, F. O.; CUNHA, M. F. V.; CALDIN, C. F. Picturebook: text, image and mediation. **Persp. Ciência da Informação**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 194-206, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2390>.

FREITAS, L. V. *et al.* Physical examination during prenatal care: construction and validation of educational hypermedia for nursing. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 581-588, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400016>.

GALVAN, J.; BORDIN, D.; FADEL, C. B.; ALVES, F. B. T. Factors related to orientation of search for dental care in high risk pregnancy. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 21, n. 4, p.1155-1165, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400011>.

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y. T.; SARAIVA, S. S.; BOING, A. F.; GEREMIA, A. S. Guidelines to pregnant women: the importance of the shared care in primary health care. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>.

MOIMAZ, S. A. S.; RÓS, D. T.; TAMANAHA, A.; SALIBA, N. A. Self-reported oral health condition, factors related to high-risk pregnant women. **Revista Contexto & Saúde**, v. 21, n. 43, p. 290-303, 2021. DOI: [10.21527/2176-7114.2021.43.11512](https://doi.org/10.21527/2176-7114.2021.43.11512).

OLIVEIRA, L. F.; SILVA, D. S.; OLIVEIRA, D. C.; FAVRETTO, C. O. Percepção sobre saúde bucal e pré-natal odontológico das gestantes do município de Mineiros-GO. **Rev Odontol Bras Central**, v. 30, n. 89, p. 116-127, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36065/robrac.v30i89.1324>.

OLIVEIRA, R. M. C.; DIAZ, A. O.; BANDEIRA, M. V. R.; BELARMINO, A. C.; ANJOS, S. J. S. B.; FERREIRA, J. A. R. Interdisciplinarity in the pregnant's bucal health from the nurses' perspective. **Revista Enfermería Actual en Costa Rica**, Costa Rica, n. 44, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i44.47269>.

SILVA, J. F.; FERREIRA, S. M. S. P.; SILVA, R. V.; PEREIRA, R. M.; SANTOS, I. C. B. Knowledge and attitudes of dentists regarding the oral health of pregnant women. **Brazilian Journal of Dentistry**. Rio de Janeiro, v. 75, n. 1065, p. 17, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v75.2018.e1065>.

CAPÍTULO XXII

A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL DO IDOSO DEPENDENTE

Simone Maria Vasconcelos Amorim
Josineide Francisco Sampaio
Priscila Nunes de Vasconcelos

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-22

1. INTRODUÇÃO

A população brasileira está passando por um processo de envelhecimento. De acordo com o último censo do IBGE (2022), a faixa etária idosa com 60 anos de idade ou mais atingiu 32.113.490 em números absolutos, representando 15,6% da população total do Brasil. Um aumento de 56,0% em relação a 2010, quando era de 20.590.597 (10,8%).

Grande parcela dessa população idosa apresenta problemas crônicos de saúde que resultam na diminuição da capacidade de realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD), as quais estão inseridas cuidados em saúde bucal, necessitando da presença de um cuidador para ajudar nessas tarefas cotidianas. As baixas condições socioeconômicas em que os usuários do SUS geralmente se encontram, faz com que a maioria dos cuidadores seja constituída pelos chamados cuidadores informais, normalmente familiares ou pessoas próximas que não recebem pagamento ou preparo técnico para desempenhar o papel assumido (Penido, 2018).

O despreparo dos cuidadores em relação à saúde bucal dos idosos assistidos, somado a dificuldade de acesso à orientação adequada observados durante execução do trabalho de conclusão de mestrado intitulado “Cuidadores Informais de Idosos Acamados e Domiciliados: conhecimento acerca da saúde bucal” dificulta a manutenção de hábitos eficientes de higiene bucal, resultando numa saúde bucal precarizada.

Deste modo, os cuidadores necessitam desenvolver as habilidades técnicas requeridas, e, para isso, faz-se necessário que eles recebam orientação e treinamento adequados (Da Silva, 2023). Embora estudos apontem o interesse dos cuidadores em receber orientações sobre o tema, existe uma dificuldade dos mesmos em se ausentar do seu domicílio para receber estas capacitações (Lal, 2022).

A presença ativa da equipe de saúde bucal (ESB) na Atenção Primária à Saúde (APS) pode contribuir para minimizar essa lacuna, cabendo a ESB melhorar o suporte aos cuidadores instruindo-os quanto a higiene bucal e das próteses e a escolha da técnica mais adequada de acordo com as limitações apresentadas e orientando quanto a identificações de lesões orais e sinais de alerta (Dos Santos Araujo *et al.*, 2020; Moraes; Cohen, 2021).

A percepção dos trabalhadores inseridos no SUS como protagonistas do cotidiano de serviço de saúde, através das ações de educação em saúde (Brasil, 2017), evidencia a necessidade da qualificação do profissional de saúde como forma de apoiar os cuidadores de idosos, sendo primordial para o aumento da eficácia de sua atuação no sentido de orientar estes cuidadores e, por conseguinte, promover saúde e prevenir doenças.

O mestrado profissional da rede PROFSAÚDE, em sua particularidade, se propõe como fator diferencial a tratativa de solucionar a pergunta de pesquisa, oriundos de problemas identificados no campo de prática, buscando a resolutividade através da construção de produtos técnicos e tecnológicos (PTT), potencializando desta forma a relevância social, através do impacto na melhoria do serviço ofertado pelo SUS (Teixeira *et al.*, 2024).

No SUS, a educação permanente em saúde (EPS) representa um marco legal para a formação e desenvolvimento profissional, sendo instituída através da Portaria nº1.996/2007, que visa estabelecer os dispositivos para implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Lima *et al.*, 2022). Tendo a eficácia da EPS no desenvolvimento e transformação do profissional no desempenho de seu trabalho em saúde comprovadas em revisão de escopo desenvolvido por Ribeiro *et al.* (2024).

Assim, a construção de um processo formativo como PTT foi desenvolvida tendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) como instrumento de qualificação profissional das equipes de saúde bucal que integram a rede odontológica do Município de Maceió (AL).

2. MÉTODO

2.1. Etapa 1: Produção do Conhecimento

O PTT ora descrito foi construído com base nos resultados da pesquisa realizada para conclusão do Mestrado PROFSAÚDE, com o tema: Cuidadores Informais de Idosos Acamados e Domiciliados: conhecimento acerca da saúde bucal.

A pesquisa objetivou compreender os saberes que os cuidadores informais de idosos possuem sobre os cuidados em saúde bucal a serem realizados pelos cuidadores informais de idosos dependentes, residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família

(ESF) de Maceió (AL).

O local do estudo foi o território do Colina 2, de responsabilidade da ESF da USF do Rosane Collor, no Bairro do Clima Bom. Área de grande vulnerabilidade socioeconômica, inserida num contexto de violência cotidiana, baixa escolaridade e renda familiar média em torno de meio a um salário-mínimo.

Os participantes da pesquisa foram os cuidadores informais de idosos dependentes que residiam e estavam vinculados à ESF, autodeclarados como cuidadores principais, atuavam na função há pelo menos 06 meses e concordaram em participar do estudo após explanação e assinatura do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). O trabalho foi avaliado pelo CEP/UFAL tendo sido aprovado pelo processo de nº76643423.7.0000.50123.

Foi realizado um estudo transversal, de caráter descritivo e exploratório, com base metodológica na pesquisa qualitativa de abordagem interpretativa. O instrumento de coleta de dados escolhido foi a entrevista, com base em um roteiro semiestruturado, contendo questões fechadas e abertas, para identificar o perfil do cuidador informal do idoso e conhecer o entendimento destes cuidadores informais sobre a saúde bucal (práticas de cuidados realizadas e dificuldades vivenciadas no cotidiano).

Os resultados da pesquisa sugerem que os cuidadores informais em geral apresentaram dificuldade em compreender a saúde bucal, desconhecendo muitas vezes a importância da mesma, ocasionando a negligência dos cuidados necessários. Os cuidadores relataram diversas dificuldades para realizar as práticas de higiene bucal e das próteses dentárias, principalmente devido à falta de orientação, dificuldade técnica e resistência dos idosos, além da falta de apoio e sobrecarga enfrentadas no cotidiano do cuidado.

Apesar de referirem intencionalidade em receber orientação sobre o tema, os cuidadores apresentaram dificuldades de acesso às orientações, tornando necessário que os profissionais de saúde bucal estejam sensibilizados e preparados para apoiar o cuidador, estando aptos a instruí-los e habilitá-los quanto às práticas de cuidado relacionados a manutenção da saúde bucal dos idosos dependentes.

2.2. Etapa 2: Criação do Produto

2.2.1. Referencial Metodológico do Produto

A EPS foi a estratégia escolhida para a qualificação profissional, o processo formativo aconteceu dia 04 de setembro de 2024, no auditório da Secretaria Municipal de Maceió, em parceria com a Coordenação de Saúde Bucal e Coordenação da Saúde do Idoso de Maceió e teve duração de 4h.

Utilizou-se de recursos audiovisuais e teve a problematização como principal metodologia de ensino-aprendizagem, por se entender que este método propicia a participação ativa dos atores envolvidos, proporcionando o raciocínio crítico e o desenvolvimento de habilidades autogeridas, resultando na sensibilização e sentido de corresponsabilidade (Souza; Reis; Malheiros, 2021).

2.2.2. Público-alvo

O público-alvo foram os profissionais de saúde bucal da Assistência Primária à Saúde da rede municipal de Maceió, com enfoque nas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família. Também participaram profissionais de odontologia do modelo tradicional, eAP, Sistema Prisional, além de profissionais da saúde do idoso e representantes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (a convite da Coordenação de Saúde Bucal, intencionando avaliar a receptividade dos mesmos visando ações futuras).

2.2.3. Etapas da Criação

O produto vem sendo discutido desde a apresentação do projeto com a gestão municipal de Maceió (AL), junto à Coordenação de Saúde Bucal, pois deste momento a gestão compreendeu a importância do tema até então invisibilizado. Deste modo, o diálogo foi continuado ao longo do percurso da execução da pesquisa, a fim de avaliar a metodologia mais indicada visando contribuir para responder ao problema de pesquisa.

Deste modo, optou-se pelo processo formativo contemplando toda rede odontológica de Maceió, haja visto a baixa cobertura atual de ESF (em torno de 34%).

Para o processo formativo, houve previamente a busca na literatura sobre os meios mais adequados e eficazes envolvendo o tema, baseado em evidências científicas. Sendo os mesmos realizados em primeiro momento pela pesquisadora quando no retorno aos domicílios para orientar os cuidadores informais participantes da pesquisa, conforme recomendação do CEP quando da submissão.

Nesta formação, foram apresentados o atual panorama demográfico e epidemiológico do envelhecimento populacional e principais demandas de saúde advindas deste novo cenário. Foi introduzido o conceito de dependência funcional dos idosos para as ABVD e para as Atividades Diárias de Higiene Bucal e compartilhamento dos instrumentos de avaliação dos mesmos (Índice de Katz modificado e Índice de Atividade Diária de Higiene Bucal (IADBH)), Práticas de higiene bucal em idosos de acordo com sua classificação de dependência; Confecção de dispositivos facilitadores e Técnicas de higiene das próteses dentárias.

Foram também discutidas formas de abordagem e metodologias de processo ensino-

aprendizagem nas práticas de educação em saúde enfatizando estratégias para melhorar as práticas de educação em saúde bucal, apoiando os cuidadores informais de idosos dependentes no território e suas especificidades de acordo com nível de funcionalidade para as atividades básicas da vida diária e para atividades diárias em higiene bucal.

Objetivos de aprendizagem e referencial teórico utilizados:

- Contextualização: Apresentação do cenário de envelhecimento populacional observado mundialmente, aproximando para realidade nacional e local do município de Maceió (AL), através de dados obtidos pela OMS, IBGE (2022), Plano Municipal de Saúde de Maceió (2018) e Coordenação de Saúde do Idoso de Maceió (2024). Também foi apresentado resultados parciais da pesquisa desenvolvida.
- Os impactos da saúde bucal na qualidade de vida do idoso: Referencial teórico utilizado. Referencial Teórico: Gomes *et al.* (2019) e Oliveira *et al.* (2021).
- Classificação do grau de dependência do Idoso (Index de Katz modificado) a fim de instrumentalizar a classificação dos diferentes níveis de dependência funcional que refletem em demandas específicas. Referencial Teórico: Duarte, Andrade e Lebrão (2007) e Vargas e Vasconcelos (2011).
- Definição da dependência para atividades de higiene bucal através da apresentação do Índice de Atividade Diária de Higiene Bucal (IADHB). Referencial Teórico: Ferreira *et al.*, 2017 e Vargas, Vasconcelos e Ribeiro, 2011).
- Práticas de higiene bucal em idosos de acordo com sua classificação de dependência: Exibição de casos de autoria própria a fim de trabalhar por meio de problematização e do vídeo “Como higienizar a boca de paciente acamado”.
- Confeção de dispositivos facilitadores: Exibição do vídeo “Como confeccionar dois dispositivos que vão auxiliar no atendimento de pacientes não colaborativos” e de casos de autoria própria.
- Confeção de tecnologias assistivas: Foram apresentados casos autorais de confeccionar escovas adaptadas, e outros exemplos extraídos da literatura. Referencial teórico: Ferreira *et al.*, 2017.
- Técnicas de higiene das próteses dentárias. Referencial teórico: Faria, 2022.

2.2.4. Validação

O presente produto será validado durante a banca de defesa do TCM que o subsidiou, intitulado: “Cuidadores Informais de Idosos Acamados e Domiciliados: Conhecimento acerca da saúde bucal”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados advindos do trabalho de conclusão do Mestrado PROFSAÚDE culminou na articulação do presente processo formativo, executado através da EPS, como meio de devolutiva para a sociedade, cujos impactos não irão se restringir à comunidade estudada, como também já começam a refletir positivamente em outras localidades do Município de Maceió.

A parceria da gestão na articulação desta ação, desde planejamento até a implementação, através da disponibilização de infraestrutura (espaço e recursos audiovisuais – *datashow*), divulgação e liberação dos profissionais para participação do processo informativo foi primordial para o êxito da ação, haja visto que, por vezes, os profissionais não identificam situações cotidianas do trabalho, em espaços e momentos informais como uma ação de EPS, dificultando a adesão dos mesmos (Krug *et al.*, 2021).

Em se tratando de EPS, Dolny *et al.*, enfatizam ainda como obstáculo a dificuldade dos profissionais relativa ao tempo para participar dos momentos de estudo, destacando também a falta de apoio das gestões municipais.

A metodologia adotada mostrou-se eficaz para fomentar o debate acerca de uma temática ainda invisibilizada, cuja relevância desponta de modo mais evidente a partir da promulgação da Década do Envelhecimento Saudável (OPAS/OMS, 2021).

Inicialmente houve resistência dos participantes em decorrência do modelo assistencial hegemônico ainda presente, cujo olhar se foca no processo saúde-doença (Oliveira M.P.T. *et al.* 2023).

Diante do tema, notou-se a tendência do profissional de odontologia focar no idoso dependente e nas repercussões orais que seu estado de vulnerabilidade impõe (Oliveira T.S. *et al.* 2023), negligenciando sua rede de apoio, representado principalmente pelo cuidador e em seu papel essencial no cuidado e prevenção de doenças do idoso assistido.

Ressalta-se que o plano de ação da OPAS (2022) dispõe entre suas orientações, ser essencial apoiar os cuidadores para que eles possam prestar cuidados adequados ao idoso, divergindo da prática exposta pelos profissionais da rede, que relataram a ausência de preocupação nesse sentido quando de suas atividades cotidianas de serviço (seja na clínica, seja no atendimento domiciliar e demais espaços que ocupam diante de suas atribuições).

Esta ação revelou-se, portanto, potencial ferramenta para ampliação do conhecimento, habilidades e conscientização do profissional acerca do tema. O que pode ser observado em um dos discursos proferidos durante a ação, registrado em diário de campo, a seguir exposto:

“Não conhecia o abridor de boca, vai me ajudar com um paciente idoso que atendo e não permite que realize nenhuma ação na boca dele” (Dentista 1 do SAD)

Esta fala em especial ressalta a importância da EPS como qualificador, na medida que desenvolve habilidades de profissionais inseridos dentro dos programas de Serviço de Atendimento Domiciliar, os quais portanto têm como foco da assistência indivíduos domiciliados e acamados e, portanto, mesmo sendo sua vivência prática cotidiana, ainda puderam ampliar seus conhecimentos aumentando a eficiência de suas ações.

O interesse no tema é explicitado na solicitação de alguns profissionais acerca do conteúdo compartilhado, para um maior aprofundamento no tema. Como no caso da transcrição abaixo citada:

Dentista 2/ESF. Mensagem de *WhatsApp*. [Belíssima apresentação. Gostaria dos vídeos se puder mandar aqui]. 05 set. 2024, 15h48.

Além disso, a replicabilidade não só é passível de ser realizada como já vem sendo implementada em outros campos de práticas, tendo como cenário outros territórios de Maceió (AL). Sugerindo que além da ampliação do conhecimento, a ação alcançou seu objetivo ao propiciar o desenvolvimento das habilidades profissionais os quais passaram a se sentir aptos e seguros para executar as intervenções em suas realidades, como no discurso transcrito a seguir:

Dentista 3/ESF. Mensagem de *WhatsApp*. [Usando a boneca feita com espátulas para examinar e ensinar como fazer a higiene oral a mãe]. 18 out. 2024, 11h35.

Estas falas corroboram os estudos de Jesus e Rodrigues (2022) ao afirmar que, apesar da implantação da PNEPS ainda não ter sua implantação consolidada de forma sólida, a EPS é capaz de gerar impactos positivos ao propiciar o estreitamento da relação ensino-serviço e subsidiar significativas mudanças nos processos de trabalho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que os debates ocorridos despertaram não apenas o interesse dos participantes, como uma maior sensibilização diante da temática. Espera-se o aumento no cuidado com relação à saúde bucal dos idosos dependentes, através de ações de educação em saúde no âmbito domiciliar, ampliando o olhar para o apoio aos cuidadores de idosos, incentivando-os à reflexão e conscientização da importância da saúde bucal, além de capacitá-los sobre as técnicas corretas de higiene bucal e das próteses dentárias, se enxergando como protagonistas no processo saúde-doença e transformando-os em promotores de saúde.

Espera-se, ainda, que os resultados desse produto contribuam para subsidiar as Políticas

de Atenção Básica em Saúde e chamem atenção para a necessidade de políticas específicas que garantam o apoio aos cuidadores informais de idosos, minimizando as iniquidades dessa parcela da população tão vulnerável e invisibilizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2017.

DA SILVA, C. C. Conhecimento do cuidador de idoso sobre a higiene bucal. **Repositório Institucional Faculdade FAIPE**, v. 1, 2023.

DOLNY, L. L. *et al.* Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF)/ Permanent health education in family health teams work process. **Brazilian Journal of Health Review**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n1-002. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/5876>. Acesso em: 26 out. 2024.

DOS SANTOS ARAUJO, A. *et al.* Higiene e saúde bucal em idosos na atenção primária: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 44, p. e2673-e2673, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Agência de Notícias - Editoria Estatísticas Sociais** publicado em 27 out. 2023 e atualizado em 27 out. 2023. Disponível em: Censo 2022: população idosa cresce 57,4% em 12 anos - Brasil Escola (ibge.gov.br). Acesso em: 31 out. 2024.

JESUS, J. M.; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e001312201, 2022.

KRUG, S. B. F. *et al.* Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 31, p. e310131, 2021.

LAL. Instituto Lado a Lado pela Vida. **Cuidadores do Brasil**. 2021. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/familia/pesquisa-revela-os-desafios-de-ser-cuidador-no-brasil/> Acessado em: 29 out. 2024.

LIMA, F. J. *et al.* Permanent health education in a nursing technician course. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20210276, 2022.

MORAES, L. B.; COHEN, S. C. Um olhar sobre a saúde bucal de pacientes acamados domiciliados cadastrados em unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Teresópolis/RJ. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310213, 2021.

PENIDO, A. Agência Saúde. **Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS**. Publicado em 04 out. 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam- apenas-o-sus>. Acesso em: 14 mar. 2023.

RIBEIRO, E. R. *et al.* A contribuição da educação permanente na qualificação do trabalho do profissional de saúde: uma revisão de escopo. **Peer Review**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 29–42, 2024. DOI: 10.53660/PRW-1720-3331. Disponível em: <https://www.peerw.org/index.php/journals/article/view/1720>. Acesso em: 26 out. 2024.

SOUZA, G. L.; REIS, L. A.; MALHEIRO, T. O. A metodologia da problematização como estratégia de ensino em curso superior. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 13, p. e01101320873, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i13.20873. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20873>. Acesso em: 26 out. 2024.

TEIXEIRA, C. P. *et al.* (Orgs.). **Portfólio de produção técnica e tecnológica do PROFSAÚDE**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, p. 15, 2024.

CAPÍTULO XXIII

A EXPERIÊNCIA DA ELABORAÇÃO DE FOLDER INFORMATIVO COMO ESTRATÉGIA DA DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM UMA USF

Simone Maria Vasconcelos Amorim
Josineide Francisco Sampaio
Priscila Nunes de Vasconcelos
Ewerton Amorim dos Santos
Diego Figueiredo Nóbrega

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-23

1. INTRODUÇÃO

A efetividade das ações implementadas em Saúde Pública está intrinsecamente relacionada a um Planejamento Estratégico em Saúde (PES) eficiente que, por sua vez, requer uma territorialização eficaz (Oliveira *et al.*, 2020) através de um Diagnóstico Situacional em Saúde (DSS) adequado, considerando, dentre outras coisas, as especificidades locais e os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), visando identificar os principais fatores epidemiológicos de morbimortalidade, as condições sanitárias e socioeconômicas da comunidade e localizar dispositivos sociais com potencial para estabelecer parcerias, ou seja, permitindo aos profissionais de saúde reconhecer os entraves e potencialidades do serviço assistencial (Jacques; Leal, 2017).

Todavia, tal intento nem sempre é alcançado devido à dificuldade percebida na utilização dos dados em Saúde que resulta na subutilização dos mesmos, inviabilizando um diagnóstico situacional adequado e, por consequência, ações interventivas menos eficientes (Da Silva; Koopmans; Daher, 2020).

Visando contornar esse entrave, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a implantação do Sistema de Informação em Saúde (SIS) para operacionalização da gestão, compreendendo a coleta e a análise dos dados e a disseminação da informação, este último considerado um desafio para a Atenção Primária à Saúde no Brasil (Chaves; Miranda, 2023).

O presente trabalho, fruto do desdobramento de tarefa executada para disciplina de Sistemas de Informação em Saúde do Mestrado PROFSAÚDE, objetiva relatar a experiência da elaboração de um folder informativo para instrumentalização da disseminação da informação

em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió (AL).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Planejamento Estratégico em Saúde (PES)

O Planejamento Estratégico em Saúde (PES) é peça fundamental para obtenção de ações interventivas mais eficazes e resolutivas. Teles *et al.* (2020) dispõem que o planejamento estratégico fomenta novas possibilidades de transformar as práticas nos territórios, sendo imprescindível à gestão e ao fazer dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Isso significa que a ausência de um planejamento estratégico adequado diminui a efetividade das ações em saúde, prejudicando a resolutividade da assistência ofertada (Müller *et al.*, 2021). Todavia, um PES bem eficiente prescinde de uma territorialização e um diagnóstico situacional bem elaborados (Oliveira *et al.*, 2020).

2.2. Territorialização

O processo de territorialização, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) quando da implementação da ESF, visa delimitar o espaço do território de atuação da equipe, sendo importante seu conhecimento, desde o mapeamento, identificação das condições sanitárias e socioeconômicas, barreiras geográficas e outros aspectos fundamentais para aproximar os profissionais de saúde da comunidade abrangida, conhecendo suas particularidades e estreitando os vínculos interpessoais entre profissionais e usuários (Oliveira *et al.*, 2020).

2.3. Diagnóstico Situacional em Saúde (DSS)

O diagnóstico situacional em saúde (DSS) pode ser realizado a partir da utilização de um conjunto de dispositivos, dentre os quais estão: a territorialização, a Estimativa Rápida Participativa (ERP) e a análise de dados primários e secundários dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

O DSS pode ser traduzido como uma ferramenta de análise das problemáticas que atingem o território, possibilitando a operacionalização assistencial da gestão de modo mais eficaz e resolutivo, visto que permite conhecer as principais demandas e vulnerabilidades da comunidade, contemplando-as durante o planejamento das ações interventivas em saúde. Ao mesmo tempo, o DSS permite reconhecer as potencialidades do serviço favorecendo a melhoria da qualidade do serviço de saúde ofertado na atenção primária (Barbosa *et al.*, 2019).

2.4. Sistemas de Informação em Saúde

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) foram implementados a partir da deliberação da OMS, como meio de contornar as dificuldades dos profissionais (da saúde e da gestão) em trabalhar com os dados em saúde (Chaves; Miranda, 2023).

Deste modo, a estruturação do SIS no Brasil representa importante fonte de informação, além de contribuir como ordenador da gestão da saúde pública, quando seus dados são bem utilizados, norteados o planejamento das ações em saúde (Farias; Santos, 2017).

Podemos, assim, afirmar que os SIS constituem importantes aliados no serviço de assistência em saúde seja por facilitar o acesso como permitir o compartilhamento das informações (Chaves; Miranda, 2023).

2.5. Disseminação da Informação

De acordo com o Ministério da Saúde, a Vigilância em Saúde é definida como:

O processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (Brasil, 2018).

Entretanto, Charles e Miranda (2023) ressaltam que a etapa da disseminação da informação em saúde constitui ainda um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores pontuam, ainda, que se faz necessário investir na qualificação profissional, para que estes consigam atuar a partir do conhecimento das reais necessidades da comunidade, possibilitando impactos positivos nas ações implementadas.

Os profissionais de saúde devem estar aptos a trabalhar os dados em saúde, desde a etapa da alimentação correta dos dados, coleta e análise, assim como estarem habilitados a instrumentalizar a disseminação da informação respaldada em dados reais e concretos, comprometidos com a veracidade e a ética das informações em saúde, minimizando, inclusive, a disseminação de informações inverídicas, como as “*Fake News*”, tão amplamente divulgadas no cenário atual, onde o meio digital representa muitas vezes a maior fonte de informação da massa (Maia; De Almeida; Biolchini, 2019).

3. METODOLOGIA

O presente relato inicia-se a partir do DSS do território de uma USF, executado através da Estimativa Rápida Participativa (ERP), coleta de dados primários extraídos do PEC e-SUS e

de dados secundários extraídos dos SIS.

A ERP foi realizada por meio de entrevista, baseada em um roteiro semiestruturado, com usuários identificados como informantes-chaves, contendo perguntas sobre o território, possíveis causas de morbimortalidade e o serviço de assistência de saúde ofertado, buscando conhecer o entendimento da comunidade acerca desses temas através de uma escuta ativa (Santos; Gazola; Cunha, 2021).

Após a entrevista, o segundo passo foi a realização de reunião com as equipes multiprofissionais da ESF e e-Multi para buscar compreender a visão dos profissionais sobre as demandas e nós críticos apontados pela comunidade. Neste momento, utilizou-se também dados primários dos sistemas de informação PEC/e-SUS.

Passada a etapa da ERP, foi realizada uma busca nos dados secundários obtidos através dos Sistemas de Informação de Saúde (SISVAN, TABNET DATASUS, SINAN, SINASC, SIH, ISAP e CSAP). Porém, faz-se pertinente a ressalva de que os dados secundários, embora tenham seus dados alimentados pelos profissionais da ESF, não consistem em georreferenciamento dos dados, visto que os boletins epidemiológicos são realizados através de estudo ecológico. Assim, os dados obtidos nos SIS são por município, dificultando a compreensão da realidade específica do território de abrangência da equipe de ESF.

Visando aproximar ao máximo os dados extraídos dos SIS à realidade local, foi realizado um comparativo entre os dados secundários e os dados primários da Unidade de Saúde da Família (USF) onde o trabalho foi desenvolvido, resultando em informações mais condizentes com a realidade do campo de prática.

Também foi elaborada a pirâmide etária da USF, a fim de comparar com a pirâmide etária do Município de Maceió (AL) disposta no Plano Municipal de Saúde, o que permitiu observar que o envelhecimento populacional da comunidade tem seguido o padrão de envelhecimento da capital alagoana.

A partir daí, a consolidação e análise dos dados obtidos permitiu apropriação das condições de saúde do território e a elaboração de um folder informativo, escolhido como estratégia para disseminação da informação (Figuras 1 e 2).

Figura 1 – Folder Informativo elaborado no contexto do território da USF Rosane Collor (frente), Maceió (AL), 2024.

COMBATE À VIOLÊNCIA

De acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria n.º 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001), os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e que têm provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

Em Maceió, no período de 2017-21, de acordo com dados do VIVA-SINAN:

- Dos 9292 Casos de violência notificados, 6151 das vítimas eram mulheres (66,19%).
- 1237 das vítimas eram adolescentes na faixa de 10-14 anos (13,31%), e 2456 tinham entre 15-19 anos (26,43%).
- Os casos autoprovocados representam 27,74% (2578).

OBJETO DE NOTIFICAÇÃO		
Casos suspeitos ou confirmados		
Homens e mulheres em todas as faixas de idade		
Violência (Intencional)	Sexual	Autoprovocada
Tráfico de pessoas	Tráfico de órgãos	Tráfico de artefatos
Intervenção legal	Tortura	Verificações burocráticas

Objeto de Notificação do VIVA-SINAN

AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

São doenças que apresentam um risco de contaminação, em primeiro lugar, de uma população específica e, em seguida, de uma contaminação em massa que pode vir a atingir toda a extensão do país, e **devem ser notificadas, obrigatoriamente**, pelos profissionais de saúde às autoridades sanitárias.

TABNET DATASUS	
SÍFILIS EM GESTANTE	SÍFILIS CONGÊNITA
1808 casos	1296 casos
DENGUE	TUBERCULOSE
25721 casos	2346 casos

MACEIÓ (2017-2021)

Dessa forma, as autoridades sanitárias podem implementar medidas preventivas, como quarentena, imunização e desinfecção, para reduzir a propagação da doença.

USF ROSANE COLLOR

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

AMPLIADO

A Unidade de Saúde da Família Rosane Collor, situada no Bairro do Clima Bom, pertence ao 7º Distrito Sanitário de Maceió-AL. É composta por três Equipes de Saúde da Família (comunidades do Colibri, Rosane Collor e Colina 2) e conta com o apoio da E-NASF 2, possuindo cerca de 13.195 usuários cadastrados.

USF ROSANE COLLOR
Rua Valdemar Pedro da Silva, nº28
Clima Bom, Maceió-AL

MESTRADO PROFAÚDE
PROCRUZ-FAMED/UFAL
Mestranda: Simone Vasconcelos

USF ROSANE COLLOR
Rua Valdemar Pedro da Silva, nº28
Clima Bom, Maceió-AL

Fonte: Autoria própria, 2023.

Figura 2 – Folder Informativo elaborado no contexto do território da USF Rosane Collor (verso).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis x Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)

ATENÇÃO !!!

Ao analisar os dados das principais causas de internamento por CSAP no Município de Maceió para 2023, a **hipertensão** e a **diabetes** apontam entre as 6 primeiras

Condições Sensíveis à Atenção Primária	
1º Doenças Pulmonares: Pneumonia	
2º Diabetes Mellitus	
3º Sífilis Congênita	
4º Asma	
5º Doenças Cerebrovasculares: AVC não espec.	
6º Hipertensão essencial: primária	

Comparativo dos dados Maceió e USF Rosane Collor, de acordo com PREVINE BRASIL, para o 1º Qd 2023:

	Maceió	USF R. Collor
Hipertensão (P.A. aferida)	29%	23%
Diabetes (Hemoglobina Glicada)	33,33%	24%

ENVELHECIMENTO POPACIONAL

- REDUÇÃO DA REQUIDITUDE
- ALUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA
- ALUMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA
- POPULAÇÃO IDOSA (60 OU +) É FORMADA NA MAIORIA POR MULHERES
- ALUMENTO DO NÚMERO DE IDOSOS COM + 80 ANOS

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO AUMENTA AS CHANCES DE SURGIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS, ALÉM DE CAUSAR PERDA DE HABILIDADES MOTORAS E COGNITIVAS, AUMENTANDO A DEPENDÊNCIA E VULNERABILIDADE

COMPAREÇA A SUA CONSULTA FAÇA O ACOMPANHAMENTO TENHA HÁBITOS SAUDES

Pirâmide Etária Maceió X Pirâmide Etária USF Rosane Collor

SAÚDE DA MULHER

Embora o exame citopatológico seja o principal meio para identificação precoce do câncer de colo de útero, apenas 23% das mulheres em idade fértil cadastradas na USF ROSANE COLLOR fizeram a coleta entre os anos de 2022 e 2023.

Comparativo dos dados Maceió e USF Rosane Collor, de acordo com PREVINE BRASIL, para o 1º Qd 2023:

	Maceió	USF R. Collor
Pré-Natal (6 consultas)	44%	55%
Pré-Natal (RIFLE e HIV)	75%	83,33%
Gestantes Saídas Buzas	60%	60%
Cobertura Citopatológico	25%	24%
Cobertura Pólio e Penta	71%	68%

As gestantes devem fazer o acompanhamento de pré-natal com Médico, Enfermeiro e Odontólogo. Além disso, devem fazer os exames para sífilis/hiv e tomar as vacinas indicadas. Essas recomendações do Ministério da Saúde são importantes para saúde da mãe e do bebê.

VOCE SABIA?

Em Maceió, mais da metade dos partos realizados são cesarianos (60,57%) em 2022.

MESTRADO PROFAÚDE
PROCRUZ-FAMED/UFAL
Mestranda: Simone Vasconcelos

USF ROSANE COLLOR
Rua Valdemar Pedro da Silva, Nº28
Clima Bom, Maceió-AL

Fonte: Autoria própria, 2023.

O folder foi apresentado primeiro à comunidade, na sala de espera, e gerou rico debate que culminou na elegibilidade da violência como problema prioritário em decorrência da alta vulnerabilidade social presente.

Em seguida, o folder foi apresentado aos profissionais de saúde da unidade, destacando o tema da violência elencado pela população, ressaltando os problemas de saúde (físicos e mentais, individuais e coletivos) correlacionados. Desta reunião, surgiram diversas propostas de ações interventivas que culminaram no trabalho de eixos temáticos sobre violência: prevenção da violência e exploração sexual infantojuvenil, violência contra a mulher e o idoso, que foram trabalhados através da Educação em Saúde e Educação Permanente em Saúde com foco na notificação de casos de violência. As ações focaram na sensibilização, corresponsabilidade e autocuidado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O êxito das ações de saúde pública está vinculado a um PES eficiente, onde a territorialização e o envolvimento dos profissionais e da comunidade representam peças-chave dentro de um processo decisório compartilhado condizente com o modelo assistencial de saúde proposto pelo SUS (Oliveira *et al.*, 2020).

Entretanto, no setor de saúde, constantemente, os dados são subutilizados, dificultando a identificação das demandas prioritárias locais (Da Silva; Koopmans; Daher, 2020).

Tencionando instrumentalizar a disseminação da informação, foi elaborado um folder informativo cuja apresentação propiciou discussão participativa com envolvimento comunitário, propiciando a organização do cuidado em saúde, em contraponto aos achados de Freitas e Rezende Filho (2011), cujo estudo apontou que a utilização de materiais impressos se traduz numa comunicação unilinear, em que os indivíduos representariam meros receptores.

A participação ativa da comunidade permitiu a identificação dos nós críticos do território passíveis de ter sua resolutividade alcançada por meio de intervenções em saúde, funcionando como um disparador de ações na UBS onde a experiência foi executada, corroborando com Santos Junior (2022), quando afirma que a gestão da informação possibilita o desenvolvimento de processos estratégicos para a tomada de decisão.

A experiência evidenciou a importância do envolvimento da comunidade que, através de participação dialógica, permitiu conhecer e identificar o que a população entende como problema central, visto que diferenças podem existir entre o que os profissionais de saúde apontam como demandas principais e o que a comunidade percebe em sua vivência, elencando a violência como problema central, devido ao contexto social em que se encontram inseridos

(Arruda; Lima; Borin, 2017).

Atualmente, a violência é considerada uma questão de saúde pública, pois afeta a saúde individual e coletiva, com consequências que vão desde questões físicas a comportamentais e de saúde mental, requerendo assim a formulação da operacionalização de práticas interventivas do serviço visando a prevenção e enfrentamento da mesma (Minayo, 2006).

A partir da disseminação da informação, com a utilização do folder elaborado e discussão subsequente, houve o desenvolvimento das ações e a operacionalização do cuidado em saúde de pacientes expostos a possíveis tipos de violência, funcionando como um disparador de ações desenvolvidas, entre as quais podemos citar:

- **Maio Laranja:** Ação interprofissional articulada em parceria entre ESF e e-Multi, desenvolvida na Escola Municipal do território, como parte das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), cuja metodologia utilizou tecnologias ativas, de acordo com cada da faixa etária.

Para o público infantil foi exibido um filme curto intitulado: “NÃO PODE TOCAR NÃO” – Prevenção ao Abuso Sexual! (PAS) da psicóloga Leiliane Rocha, disponível em: Música: “NÃO PODE TOCAR NÃO” – Prevenção ao Abuso Sexual!! (PAS) – YouTube), para já para os pré-adolescentes e adolescentes foram exibidos os vídeos: Privacidade #Internetsemvacilo, Relacionamento #Internetsemvacilo, Sexting #Internetsemvacilo, “Que Corpo É Esse?” T2, E4, “Que Corpo É Esse? T2, E6 e “Que Corpo É Esse?” T2, E7 da plataforma SABE (Sabe (mdh.gov.br)).

- **Educação Permanente em Saúde:** Cujo objetivo foi o de qualificar os profissionais da USF com relação à notificação compulsória, a fim de minimizar a subnotificação percebida, propiciar o conhecimento da real magnitude e dar visibilidade visando subsidiar políticas públicas e fortalecer a rede de proteção e garantia dos direitos das vítimas.

A ação foi desenvolvida no âmbito da USF, de forma intersetorial, através da articulação com a Secretária Municipal de Saúde, que dispôs uma profissional da vigilância em saúde para atuar como facilitadora. Houve também o trabalho de conscientização dos profissionais na identificação e notificação da violência para fomentar e facilitar o acesso à rede de cuidado disponível.

- **Agosto Lilás:** Ação de Educação em Saúde realizada em parceria entre a ESF e e-Multi para a comunidade, através da apresentação de folder informativo com foco na violência contra a mulher, destrinchando os diversos tipos de violência, às quais as mesmas podem estar sujeitas (violência física, moral, verbal, psicológica, financeira etc.), sendo finalizada com uma dinâmica de metodologia ativa, onde os usuários foram convidados a interagir contribuindo com seus relatos e percepções acerca do tema abordado.

Este momento específico se mostrou rico, fazendo com que todos os envolvidos na atividade, profissionais de saúde e demais participantes, se percebessem como agentes de apoio, o que permitiu a identificação de mulheres que estavam passando por casos de violência doméstica, as quais foram direcionadas para as redes de cuidado e estão sendo acompanhadas pela enfermeira e assistente social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O folder informativo mostrou ser uma ferramenta eficaz, de baixo custo e fácil aplicabilidade, servindo ao propósito da disseminação da informação. A disseminação da informação em saúde revelou-se um importante alicerce no processo de gestão do cuidado no âmbito da Atenção Primária em Saúde, pontuando dois vieses, o da gestão profissional da saúde e da construção do autocuidado dos pacientes, pois permitiu conhecer a realidade sócio-sanitária do território em suas particularidades.

Destarte, as ações em saúde passaram a considerar o contexto social do território, de maneira compartilhada e multidisciplinar, rompendo com o modelo assistencial tecnicista, fragmentado e pautado na doença.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, D. R.; LIMA, S. J.; BORIN, E. C. P. Planejamento e transformação social: limites e possibilidades de implementação de uma gestão participativa no município de Queimadas, Paraíba, Brasil. **Rev Espacios.**, v. 38, n. 34, p. 9, 2017.

BARBOSA, R. S. C. *et al.* Diagnóstico situacional: ferramenta para o planejamento de ações em fisioterapia na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 719-729, 2019.

CHAVES, M. M. P.; DE MIRANDA, J. L. Sistemas de Informação em Saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. e11712-e11712, 2023.

DA SILVA, C. S. S. L.; KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária à Saúde. **Revista Pró- UniverSUS**, v. 7, n. 2, p. 30-33, 2016.

FARIA, M. S.; SANTOS, T. B. Análise das informações dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil. **Revista Científica Univiçosa**, Viçosa-MG, v. 9, n. 1, p. 636-641, 2017.

FREITAS, F. V.; REZENDE FILHO, L. A. Communication models and use of printed materials in healthcare education: a bibliographic survey. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 15, n. 36, p. 243-55, jan./mar. 2011.

JACQUES, C. O.; LEAL, M. G. Determinantes sociais e território em sua inter-relação com as famílias e os processos de saúde-doença. **Revista Sociais & Humanas.**, v. 30, n. 1, 2017.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1259-1267, 2006.

MAIA, M. R.; DE ALMEIDA BIOLCHINI, J. C. Hiperinformação na era digital: validação das informações sobre saúde. **P2P e Inovação**, v. 6, p. 285-300, 2019.

MÜLLER, N. *et al.* Planejamento estratégico em saúde e educação permanente em saúde: embasamentos para mudanças no perfil assistencial / Strategic planning in health and continuing education in health: grounds for changes in the assistance profile. **Brazilian Journal of Health Review**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 475-484, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22737>. Acesso em: 27 out. 2024.

OLIVEIRA, M. C. C. *et al.* Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, Curitiba: p. 13578-13588, set./out. 2020.

SANTOS JUNIOR, V. A. Gestão da informação e planejamento estratégico: estudo de caso em uma Secretaria de Saúde de um município do Estado de Pernambuco. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso Gestão da informação – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

SANTOS, F. P. F. R.; GAZOLA, L. H. O.; CUNHA, I. P. Método da estimativa rápida participativa no planejamento da equipe de saúde bucal. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás**. “Cândido Santiago!”. 2021.

TELES, F. I. D. *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 27-38, 2020.

CAPÍTULO XXIV

ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS COM *DIABETES MELLITUS* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO

Waldirene Aparecida Ervilha Maldonado
Elen Rose Lodeiro Castanheira

DOI: 10.51859/amplla.dga932.1125-24

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como muitos países, tem vivenciado uma complexa transição epidemiológica nas últimas décadas, marcada pela coexistência de doenças infecciosas, carenciais e, predominantemente, pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A pandemia de Covid-19 intensificou esses desafios, sobrecarregando os sistemas de saúde, interrompendo o seguimento de muitos pacientes e expondo as fragilidades na atenção às condições crônicas. A suspensão do acompanhamento de usuários com DCNT resultou na perda de contato e seguimento nas unidades de atenção primária à saúde (APS), gerando preocupações quanto à continuidade do cuidado e quanto a seus possíveis desdobramentos para a vida desses usuários.

A APS é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentando-se nos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização e equidade. Essas características, aliadas ao conhecimento da população sobre seu território, possibilitam que as ações da APS, especialmente quando organizadas segundo a estratégia de saúde da família (ESF), impactem positivamente no resgate do cuidado e no controle das DCNT, desempenhando um papel crucial na atenção integral aos usuários. Para atender às demandas das condições crônicas, existem diversos modelos que orientam a organização das ações, como o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (CCM), a pirâmide de risco e o MACC (uma adaptação do CCM para o sistema público brasileiro) (Mendes, 2018).

Particularmente, em relação à atenção a pessoas que vivem com *diabetes mellitus* a organização e a efetividade dos serviços de APS ainda enfrentam desafios significativos. Embora estejam disponíveis diversos modelos, protocolos, diretrizes e planos de ação (Brasil,

2014; 2013; SBD, 2019), muitos estudos evidenciam dificuldades na implementação efetiva dos protocolos e diretrizes disponíveis. Por exemplo, Muzy *et al.* (2021) mostraram que 20% dos diabéticos no Brasil nunca realizaram o exame de fundo de olho e 55,1% nunca tiveram os pés examinados, revelando lacunas no cuidado que resultam em maior incidência de internações por condições sensíveis à atenção básica e em piores desfechos de saúde. Além disso, revisões apontam que a implantação desses sistemas frequentemente se distanciou das práticas da APS ou carece do suporte das esferas municipais, dificultando a manutenção de equipes multiprofissionais capacitadas (Venâncio, 2016; Borges, 2018).

Nesse contexto, a atenção a pessoas que vivem com *diabetes mellitus* coloca-se como um dos principais problemas para a atenção às condições crônicas. A implementação de um cuidado integral pode impactar significativamente na qualidade e expectativa de vida dessa população, tornando urgente a reorganização das ações desenvolvidas nos serviços de APS.

Diante desse cenário, torna-se imperativo adotar estratégias que busquem superar barreiras e garantir uma atenção mais qualificada e acessível às pessoas com diabetes. Mas, como retomar o acompanhamento e reorganizar os cuidados para uma atenção integral a pessoas que vivem com diabetes? Com superar as dificuldades de modificação das práticas em serviços de APS tão sobrecarregados com inúmeras demandas?

A vivência cotidiana de uma equipe de saúde da família (eSF) de uma unidade básica do interior paulista, identificou o aumento de casos não controlados e a associação da doença com mortes prematuras, sequelas e queda na qualidade de vida, trazendo para a equipe a preocupação em desenvolver estratégias que pudessem ampliar a recaptação, cadastramento e reestruturação do cuidado, como medidas fundamentais para garantir a assistência adequada para pessoas com diabetes.

Essas questões foram discutidas e aprofundadas durante o Mestrado Profissional em Saúde (PROFSAÚDE), por meio do diagnóstico situacional realizado no território e seu desdobramento em uma pesquisa participativa que buscou envolver o conjunto dos sujeitos – profissionais e usuários – na busca de alternativas.

Partiu-se da hipótese que para que a implementação de mudanças no modo de acolher e assistir as pessoas com diabetes fosse viável, seria necessário a construção conjunta de um programa, um conjunto de práticas organizadas de modo planejado, que fosse alicerçado na aproximação de saberes técnico-científicos com aqueles presentes entre os diferentes profissionais da equipe e, especialmente, os desenvolvidos pelas pessoas que vivem com *diabetes mellitus* (Coletti, 2021; Almeida, 2019).

Dessa forma, este estudo tem por objetivo apresentar o processo de reorganização da atenção a pessoas com *diabetes mellitus* em uma unidade de saúde da família, realizado de modo participativo.

2. MÉTODO

O trabalho foi estruturado como uma pesquisa-ação participativa, conforme o modelo de Tripp (2005), com o objetivo de desenvolver um programa de intervenção para o cuidado de pessoas que vivem com *diabetes mellitus* em uma unidade de saúde da família, utilizando uma abordagem multimétodos. O estudo foi conduzido e implementado entre março de 2023 e maio de 2024 em uma unidade básica de saúde localizada em município do interior do Estado de São Paulo (SP). A unidade conta com três eSF, e com 15 mil cadastros de usuários distribuídos nas microrregiões, de acordo com a territorialização realizada.

O projeto surgiu a partir de um problema identificado pelos profissionais da unidade no contexto pós-pandemia da Covid-19, que revelou a necessidade urgente de reestruturar o atendimento a pessoas com condições crônicas, com foco especial no *diabetes mellitus*. Desenvolvido de forma colaborativa entre pesquisadores, profissionais de saúde e usuários do sistema, o estudo buscou promover mudanças sociais positivas e gerar conhecimento coletivo.

O desenvolvimento do programa ocorreu em três fases: sensibilização, desenvolvimento e implementação e monitoramento. Primeiramente, a fase de preparação do campo envolveu a **sensibilização** do conjunto da equipe, médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários. Foram realizadas sessões de diálogo com toda a equipe para compartilhar o diagnóstico inicial e a importância de desenvolver novas estratégias de cuidado para pessoas com diabetes e, assim, incentivar o engajamento de todos os profissionais nesse processo.

Em seguida, o **desenvolvimento do programa** baseou-se em uma revisão de literatura realizada por grupo de trabalho interdisciplinar, centralmente composto por médicos, enfermeiros e residentes médicos e enfermeiros e nas necessidades expressas pelos próprios usuários por meio de um grupo focal. As reuniões do grupo de trabalho e do grupo focal foram registradas e transcritas para análise.

A última fase consistiu na **implementação e monitoramento** do programa, que foi realizada por meio de reuniões periódicas com os profissionais da unidade e quatro novos grupos focais com os usuários ao longo do primeiro ano de implantação. Esses grupos, compostos por pessoas com diabetes atendidas na unidade, forneceram informações essenciais que orientaram a criação das medidas de autocuidado e intervenções educativas do programa.

A análise qualitativa dos dados coletados, conduzida por meio de análise temática, permitiu identificar as principais demandas e ajustar o programa de maneira contínua.

Foram acompanhados também indicadores de atendimento, garantindo a qualidade e possibilitando ajustes conforme novas necessidades surgissem. Ao final de um ano de implantação, foi aplicado um questionário aos profissionais para avaliar o impacto do programa e obter sugestões de melhoria.

A proposta de atenção desenvolvida é fruto da experiência acumulada durante o processo de implantação e da revisão e compilação de recomendações especializadas para o cuidado de pessoas com *diabetes mellitus*. As recomendações técnicas basearam-se em adaptações dos Protocolos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Ribeirão Preto, 2016), do Protocolo de Atenção Básica para Condições Crônicas (Brasil, 2016), das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 (SBD, 2019) e dos Cadernos de Atenção Básica nº35 e nº36 (Brasil, 2014; 2013). O desenvolvimento conjunto e a superação de desafios na implementação resultaram na definição de fluxos e rotinas de atendimento, organizados em um Guia: Atenção integral a pessoas que vivem com *diabetes mellitus*: Guia de boas práticas para Serviços de atenção primária à saúde (Maldonado; Castanheira, 2024).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e seguiu princípios éticos, respeitando a voluntariedade, confidencialidade e anonimato dos participantes (CAAE 70699923.4.0000.5411 Comitê de Ética em Pesquisa da FMB UNESP).

3. RESULTADOS

O programa de atenção a pessoas que vivem com *diabetes mellitus* foi elaborado a partir da identificação de lacunas no atendimento e das necessidades dos usuários e profissionais em uma unidade de Saúde da Família.

A fase inicial de sensibilização, garantiu o envolvimento dos profissionais que atuavam na unidade naquele momento. O detalhamento dos resultados dos processos de desenvolvimento e de implementação e monitoramento, ocorridos ao longo de um ano, são apresentados a seguir.

3.1. Desenvolvimento Inicial da Proposta: problemas identificados pelos usuários

O grupo focal inicialmente realizado foi composto por 12 usuários (entre homens e mulheres). Os usuários apontaram diversas dificuldades enfrentadas a partir do diagnóstico de diabetes e que foram condensadas em dois grandes grupos: aqueles relacionados às

dificuldades da vida pessoal e comunitária, e aqueles relacionados aos processos de cuidado na unidade.

Em relação às questões pessoais e comunitárias tiveram destaque: dificuldades emocionais em lidar com o diagnóstico, como estresse e ansiedade; o impacto cotidiano das restrições impostas para o controle glicêmico, dificuldades de adesão ao tratamento, limitações de acesso a alimentos adequados, e obstáculos financeiros.

Em relação ao processo de trabalho na unidade, foram levantadas dificuldades no acesso ao atendimento, como a necessidade de chegar muito cedo para garantir uma consulta, a falta de medicamentos na farmácia, a falta de longitudinalidade, em função da alta rotatividade de profissionais que comprometia o vínculo entre o usuário e equipe de saúde. Muitos usuários também relataram uma falta de informação sobre o manejo do diabetes, especialmente em relação à alimentação e ao autocuidado.

3.2. Desenvolvimento: problemas identificados pelos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde da unidade reconheceram as dificuldades relatadas pelos usuários, especialmente a instabilidade nas equipes médicas, que afetava a continuidade do cuidado. Houve consenso sobre a importância de retomar práticas organizadas, como modelos de consulta com classificação de risco, planejamento do cuidado e a reorganização dos grupos educativos. Alguns profissionais destacaram a sobrecarga devido à alta demanda de atendimentos e a necessidade de melhorar o fluxo de consultas. As discussões apontaram para a necessidade de um cuidado mais coordenado e a criação de um programa que integrasse as experiências dos profissionais e as demandas dos usuários.

A partir desse diagnóstico, segundo as questões trazidas pelos usuários e a vivência dos profissionais, e com base nas discussões e nos protocolos estudados, foi elaborado um programa de atenção às pessoas com DM, com as seguintes **diretrizes**:

1. **Agendamento estruturado:** Os usuários com DM passam a ter vagas protegidas para consultas, diretamente agendadas na recepção, com a equipe de referência.
2. **Cartão específico:** Além do cartão padrão da unidade, os usuários passam a ter um cartão específico para o programa de diabetes.
3. **Consulta integrada:** Os usuários devem passar por consultas com médico e enfermeiro de referência no mesmo dia, seguindo um modelo de atendimento padronizado para garantir o cuidado integral, respeitada as especificidades de cada caso.

4. **Retorno e pedidos de exames:** Devem ser agendados ao final das consultas, de acordo com classificação de risco e/ou vulnerabilidades identificadas.
5. **Grupos de educação em saúde:** Os grupos presenciais devem ocorrer mensalmente, abordando temas como alimentação, autocuidado e focam principalmente nas experiências, significados e sentimentos dos usuários em relação à sua condição crônica utilizando metodologias ativas e contando com a participação de outros profissionais da unidade.
6. **Grupo virtual de suporte:** Os usuários devem ser incentivados a aderir a um grupo virtual via *WhatsApp*, com participação de agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos, para troca de informações, esclarecimento de dúvidas e apoio continuado.

3.3. Resultados da Implantação e Monitoramento

O processo de implantação do programa voltado para o cuidado de pacientes com *Diabetes Mellitus* (DM) ocorreu entre maio de 2023 e maio de 2024. A participação de profissionais da saúde e usuários, permitiu a realização de ajustes contínuos feitos durante o período de implantação, buscando aprimorar a qualidade do atendimento na unidade de saúde.

Durante o primeiro ano de implantação, foram realizadas cinco reuniões com profissionais e quatro grupos focais com usuários para monitorar e ajustar o programa. Os grupos focais forneceram uma rica fonte de *feedback*, principalmente em relação às dificuldades encontradas pelos usuários no cuidado com o diabetes, incluindo problemas de saúde mental, dificuldades tecnológicas e barreiras de acesso aos serviços. As falas dos usuários revelaram questões como o uso inadequado de glicosímetros e a dificuldade em agendar consultas via aplicativo, além de relatos de ansiedade e insatisfação com a rotatividade de médicos.

Por outro lado, alguns usuários expressaram grande satisfação com a consulta completa, quando realizada por médicos e enfermeiros, destacando a qualidade das orientações e o cuidado individualizado. As consultas mais extensas e detalhadas, que incluíam exames dos pés e orientações sobre cuidados diários, foram vistas como motivadoras para uma melhor adesão ao tratamento.

O *feedback* dos usuários foi integrado ao processo de adaptação do programa, mas também revelou desafios no cotidiano da unidade de saúde, como a sobrecarga de trabalho dos profissionais e a pressão assistencial. A escassez de recursos humanos e a alta rotatividade de profissionais, somada à falta de um número adequado de enfermeiros, dificultou a manutenção da qualidade das consultas.

A participação nos grupos presenciais mensais aumentou expressivamente após o início do programa, passando de uma média de 8 para 25 participantes. No entanto, com as mudanças ocorridas em duas equipes de médicos e enfermeiras durante o ano de implantação, observou-se que os novos profissionais não se apropriaram do programa com a mesma intensidade que as equipes originais. A ausência de continuidade no treinamento e a falta de participação ativa dos novos membros no desenvolvimento do programa resultaram em um menor comprometimento com o novo modelo de atendimento.

3.4. Indicadores de Implantação

Para avaliar o processo de implantação por meio da aferição das mudanças efetivadas, foi utilizado um algoritmo para selecionar aleatoriamente 10% dos pacientes atendidos antes e após a implantação, considerando sempre os pacientes atendidos em primeira consulta em cada trimestre.

A análise dos indicadores de saúde ao longo dos quatro trimestres após a implantação revelou melhorias iniciais significativas em parâmetros como a solicitação de hemoglobina glicada (HbA1c), exame dos pés, fundoscopia e microalbuminúria. No entanto, após o primeiro trimestre, houve uma queda na realização desses exames, refletindo as dificuldades enfrentadas pela equipe em manter o padrão de atendimento proposto (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparação de indicadores de assistência, segundo amostra trimestral das primeiras consultas, antes da implantação e ao longo do primeiro ano da implantação do Programa de atenção a pessoas que vivem com diabetes, 2023-2024.

Indicadores	Trimestre anterior ao programa	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Classificação de risco	0%	100%	72%	45%	60%
Solicitação de Hb glicada	61%	90%	72%	81%	80%
Avaliação dos pés	9%	72%	59%	54%	53%
Solicitação de Fundoscopia	13%	72%	50%	45%	46%
Solicitação de Microalbuminúria	27%	77%	68%	63%	66%

Fonte: Dados do autor.

Os dados indicam que, apesar da rotatividade de profissionais e da pressão assistencial terem afetado a continuidade dos cuidados, segundo as recomendações do programa proposto, os indicadores de qualidade do atendimento a pacientes que vivem com diabetes se mantiveram melhores em relação ao período anterior. O programa trouxe avanços iniciais significativos, mas desafios operacionais, como rotatividade e falta de recursos humanos, prejudicaram a manutenção dos resultados. A análise destaca a necessidade de intervenções,

como capacitações contínuas, maior engajamento da equipe e gestão ativa, para garantir a qualidade do atendimento a longo prazo.

O detalhamento do programa e seus instrumentos foram sistematizados em um produto técnico resultante intitulado: *Atenção integral a pessoas que vivem com diabetes mellitus: Guia de boas práticas para serviços de atenção primária à saúde* (Maldonado; Castanheira, 2024) que apresenta validação técnica, prática e social, fundamentado em evidências e elaborado com a participação direta de usuários e profissionais de saúde. A implementação monitorada e o impacto observado reforçam sua validade no contexto da atenção primária. O desenvolvimento do Guia de forma participativa representa uma abordagem inovadora, que difere de guias tradicionais construídos de maneira vertical. Esse processo possibilita práticas clínicas mais contextualizadas, adaptadas à realidade local e alinhadas com as necessidades da comunidade e dos profissionais. Além disso, o Guia propõe soluções viáveis para reorganizar o cuidado, com base em evidências e no monitoramento constante. A criação de rotinas e fluxos de atendimento específicos pode viabilizar a replicação do modelo em outras unidades de saúde e regiões.

Os resultados esperados a médio e longo prazos incluem um impacto significativo na melhoria da qualidade do cuidado às pessoas que vivem com *diabetes mellitus*, o que deverá resultar na redução de complicações da doença, internações evitáveis e melhoria da qualidade de vida dos usuários. Para os profissionais de saúde, espera-se o aprimoramento das práticas, capacitação e maior envolvimento nas atividades de cuidado, com maior satisfação no trabalho. A aplicabilidade do Guia é clara, com potencial para ser integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Flexível e adaptável, o modelo pode ser ajustado a diferentes realidades locais e adaptado ao manejo de outras condições crônicas, como hipertensão. A relevância deste trabalho reside em responder à demanda urgente de reorganização do cuidado para doenças crônicas no cenário pós-pandemia, trazendo contribuições científicas e sociais significativas.

4. DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicam que a proposta participativa de reorganização do cuidado para pessoas que vivem com *diabetes mellitus* trouxe avanços importantes, como a maior adesão dos usuários às atividades educativas e a melhoria nos indicadores de atenção à saúde que sugerem que o modelo proposto teve impacto positivo. Esses achados estão alinhados com a literatura sobre a importância do planejamento cuidadoso e da participação ativa dos usuários e profissionais na gestão de doenças crônicas (Borges, 2018).

No entanto, a rotatividade de profissionais e a sobrecarga das equipes de saúde da família são fatores que prejudicaram a continuidade e a uma maior efetividade do programa, ressaltando a importância da estabilidade das equipes e da permanente discussão do processo de trabalho por meio de ações de educação permanente, o que é um desafio comum para organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Os achados deste estudo procuram contribuir com processos de organização da atenção e para a gestão de unidades básicas de saúde. A adoção de um modelo participativo para o tratamento de *diabetes mellitus* mostrou-se promissora, mas exige condições estruturais adequadas e estabilidade nas equipes. Políticas que incentivem a formação continuada, a educação permanente e a redução da rotatividade são fundamentais para garantir a continuidade e a efetividade de programas de cuidado crônico. Além disso, o aumento da participação dos usuários nas atividades educativas demonstra que iniciativas voltadas à educação em saúde podem ser amplificadas, contribuindo para o autocuidado e a adesão ao tratamento.

A adoção desse modelo mostrou impacto positivo na reorganização das práticas na unidade de saúde, promovendo um cuidado de maior qualidade para pacientes com diabetes, e auxiliando-os no controle da doença e na prevenção de complicações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do programa de atenção às pessoas que vivem com *diabetes mellitus* na unidade de saúde da família revelou-se um processo complexo, porém repleto de aprendizados. Desenvolvido de maneira participativa, o programa sofreu ajustes ao longo do tempo, influenciado por desafios como a rotatividade de profissionais e a sobrecarga da equipe, que impactaram a continuidade e efetividade das intervenções.

Apesar dessas dificuldades, o engajamento inicial e a adesão dos usuários às atividades educativas resultaram em melhorias significativas nos indicadores de atenção à saúde, como o aumento das solicitações de exames essenciais e encaminhamentos preventivos. A colaboração dos profissionais foi fundamental para superar as disparidades entre as metas idealizadas e a realidade prática. No entanto, a rotatividade de profissionais dificultou a consolidação do programa, gerando resistências e a necessidade de readaptações constantes.

Observou-se que o contexto político e organizacional do município influenciou diretamente o processo de implantação. A falta de estabilidade nas equipes e a ausência de suporte adicional, como o NASF e/ou eMulti, limitaram a adesão de alguns profissionais. Mesmo

assim, o programa despertou o interesse de outras unidades de saúde, sinalizando seu potencial de replicação.

A continuidade do programa depende agora de manter a qualidade do atendimento, mesmo diante das incertezas que permeiam a Atenção Primária. A realização de mais reuniões para ajustar o programa às demandas dos usuários, como o cuidado com a saúde mental e o acesso às consultas, será essencial para aprimorar ainda mais as práticas implementadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S.; MELLO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. *et al.* A educação popular em saúde com grupos de idosos diabéticos na estratégia de saúde da família: uma pesquisa-ação. **Revista Ciência Plural**, p. 68-93, 2019.

BORGES, D. D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do diabetes mellitus na atenção básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**, p. 162-178, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811613>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos de atenção Básica** [S.l.]:[S.n.], 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_ca_b35.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf.

COLETTE, M. M. Pesquisa-ação participativa e compromisso social da universidade. Curitiba, Editora CRV, 2021.

MALDONADO, W.; CASTANHEIRA, E. R. L. **Atenção integral a pessoas que vivem com Diabetes Mellitus [recurso eletrônico]: guia de boas práticas para serviços de atenção primária à saúde**. Editoração e diagramação: Ana Silvia S. B. S. Ferreira. Botucatu: FMB/UNESP, 2024. ISBN 978-65-01-21366-8. Disponível em: <https://hdl.handle.net/11449/258506>.

MALDONADO, W. A. E. **Implantação de programa de atenção integral a pessoas com diabetes mellitus na atenção primária à saúde**. 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2024. Disponível em: <https://hdl.handle.net/11449/257343>.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo sistema único de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431-436, 2018.

MUZY, J. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. e00076120, 2021.

RIBEIRÃO PRETO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Programa de atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis**. [S.l.]:[S.n.], 2021. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-h-01202104.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Ed. Clannad. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do Estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 113-135, 2016.

Este livro reúne reflexões, experiências e propostas voltadas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a partir de três eixos fundamentais: gestão, atenção e educação. Com uma abordagem crítica e atual, a obra analisa os principais desafios enfrentados por profissionais, gestores e educadores na construção de uma APS mais resolutiva, equitativa e centrada nas necessidades da população.

Ao longo dos capítulos, são discutidas estratégias inovadoras de organização dos serviços, práticas de cuidado integradas e processos formativos que valorizam o trabalho interprofissional, o vínculo com os usuários e a promoção da saúde. A obra é resultado do II Simpósio Brasileiro de APS, realizado em Maceió, em setembro de 2024 e se propõe a ser um instrumento de apoio para quem atua na consolidação do SUS e acredita na APS como caminho fundamental para uma saúde pública de qualidade.

