



Série Interlocações Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

REDES INTERSETORIAIS E A PRODUÇÃO DE SAÚDE:

PERCURSOS NO TERRITÓRIO CAPIXABA

editora

redeunida

Fabiano Ribeiro dos Santos
Italo dos Santos Rocha
Quelen Tanize Alves da Silva
Renata Riffel Bitencourt

ORGANIZADORES



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

Fabiano Ribeiro dos Santos
Italo dos Santos Rocha
Quelen Tanize Alves da Silva
Renata Riffel Bitencourt

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

REDES INTERSETORIAIS E A PRODUÇÃO DE SAÚDE:

PERCURSOS NO TERRITÓRIO CAPIXABA

1ª Edição
Porto Alegre
2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Heïder Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglianian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

R314

Redes intersetoriais e a produção de saúde: percursos no território capixaba / Organizadores: Fabiano Ribeiro dos Santos, Italo dos Santos Rocha, Quelen Tanize Alves da Silva e Renata Riffel Bitencourt – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

262 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 32).

E-book: 5.20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-029-1

DOI: 10.18310/9786554620291

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Intersetorialidade
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 550

CDU 614(815.2)

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Os capítulos desse livro foram produzidos a partir dos manuscritos selecionados da Chamada Pública nº 01/2021, resultado de parceria interinstitucional entre a Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA), o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI), da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SES/ES), e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Os manuscritos recebidos foram submetidos à avaliação de pares. Atuaram como avaliadoras ad hoc as seguintes pessoas: Alcindo Antônio Ferla, Amanda Del Caro Sulti, Ana Paula Brioschi dos Santos, Célia Márcia Birchler, Cristiano Soares da Silva Dell'Antonio, Gabriel Calazans Baptista, Gilton Luiz Almada, Italo dos Santos Rocha, Jaqueline Miotto Guarnieri, Julia Fabres do Carmo, Juliana da Silva Mariano, Juliana Rodrigues Tovar Garbin, Larissa Soares Dell'Antonio, Manoela Cassa Libardi, Marcello Dala Bernardina Dalla, Margareth Pandolfi, Quelen Tanize Alves da Silva, Renata Riffel Bitencourt, Ricardo Burg Ceccim, Tânia Mara Ribeiro dos Santos, Virginia de Menezes Portes.



NOVAS POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE POR MEIO DAS PRÁTICAS INTERSETORIAIS

Quelen Tanize Alves da Silva
Renata Riffel Bitencourt
Fabiano Ribeiro dos Santos
Italo dos Santos Rocha

Durante a pandemia o debate em torno da saúde nunca foi apenas técnico, foi preciso considerar diferentes saberes e ideologias para a compreensão do fenômeno e para criação de estratégias para mitigar seus impactos. A pandemia desvelou a realidade socioeconômica brasileira e mundial colocando em pauta o debate sobre como os diferentes setores da sociedade influenciam nesse segmento tão importante que é a saúde global.

Ao pensar a produção do cuidado em saúde deve-se superar o olhar unicamente biologicista e considerar fatores determinantes como raça, etnia, classe e gênero (SEGRE; FERRAZ, 1997). Apesar da discussão do conceito ampliado de saúde advir de décadas, ainda, nossas formações e práticas em saúde possuem grande influência do modelo biomédico, limitando as possibilidades e potencialidades da clínica ampliada e deixando de ofertar um cuidado integral.

Organizar práticas de saúde que busquem contemplar a integralidade da atenção pressupõe a intersectorialidade e trabalho em equipe multiprofissional com práticas colaborativas. A atuação intersectorial tem estado cada vez mais presente na formulação de políticas públicas integrando o que há de mais potente em diferentes setores na busca de promover cada vez mais saúde e resolver complexos problemas que afetam diretamente os determinantes sociais de saúde (FERREIRA; SILVA, 2005).

Assim, esse livro nos apresenta experiências de práticas em saúde que trazem em si a compreensão que a saúde implica intersectorialidade; essa afirmação é verificável quando encontramos na escrita dos artigos autores de diferentes espaços de atuação, tais como docentes, profissionais da gestão, profissionais inseridos nos serviços de saúde, profissionais em formação. É essa diversidade de

lugares que nos apresenta possibilidades de construção de práticas intersetoriais e em Rede de Atenção em Saúde.

As experiências descritas nos capítulos que configuram esse livro não encerram em si o debate e a possibilidade da inovação na área de saúde, mas nos apresentam estratégias desenvolvidas e permitem a reflexão e o avanço de práticas para um cuidado integral no âmbito da gestão, dos serviços, e da formação em saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde é potencializado na articulação intersetorial e é essa possível realidade que se desenha em cada artigo desse livro.

O capítulo “A Promoção da Saúde e a sua legitimação como Política Transversal, Integrada e Intersetorial”, que realiza a abertura dessa coletânea, traz um debate necessário para produção do cuidado em saúde e mostra o quanto a Promoção da Saúde depende da intersetorialidade. Assim, essa escrita nos apresenta o percurso de programas e ações de Promoção da Saúde desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, um conjunto de ações que compreendem o apoio institucional e educação permanente, efetivando-se por meio de ações intrasetoriais e intersetoriais. Inspirado no diário profissional da autora, o artigo “A experiência do cuidado numa Ouvidoria de Saúde do SUS: sobre a escuta, humanização e o desafio clínico da psicologia” apresenta o que se passa como experiência nas ouvidorias, espaços potenciais de escuta e cuidado. Dessa forma, proporciona a reflexão a partir da psicologia sobre a possibilidade de uma clínica nas Ouvidorias de Saúde, uma vez que ali, são apresentadas demandas, muitas vezes não acolhidas pelos vários obstáculos que se interpõem à prática de escutas qualificadas; desafios para democratização do acesso e humanização do cuidado.

Na sequência observaremos textos que apresentam a temática da violência sob diversas óticas. Esse é um tema cada vez mais presente na área da saúde, que muitas vezes não é compreendido como importante para as políticas assistenciais e de formação em saúde. Abre esta discussão o capítulo “Institucionalização da Violência na agenda do SUS do Espírito Santo: o passado e o presente!” que trata de uma revisão narrativa construída a partir de memórias dos autores e parceiros da época e de documentos relacionados ao desenvolvimento da política de enfrentamento da violência, amparados no protagonismo dos autores na participação efetiva nas ações da inserção do tema da violência no campo da saúde pública no Espírito Santo (ES).

Os capítulos subsequentes nos permitem compreender a necessidade de tratarmos sobre a temática da violência, não sendo esse apenas um assunto de polícia, mas intersetorial e, assim, torna-se necessário pensarmos ações que incorporem seu enfrentamento também na saúde incluindo o acolhimento das vítimas. O capítulo “Programa de Atendimento as Vítimas de Violência Sexual (PAVÍVIS): histórico e experiência de um serviço pioneiro” apresenta as experiências desse importante projeto, fundado em 1998, desenvolvido na Universidade Federal do Espírito Santo em parceria com o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes e que desenvolve atividades de extensão, ensino e pesquisa, prestando assistência às pessoas em situação de violência sexual.

Mutilação, violência autoprovocada, suicídio são temas dos artigos: “Ver, sentir e cuidar: automutilação como pedido de socorro” , “Educação e Saúde: diálogo sobre o trabalho intersetorial para o atendimento de estudantes em situação de violência autoprovocada do tipo autolesão” e “Relato de Experiência: a ideação suicida e a tecitura juvenil da existência narrada pela vida”. Esses são textos que nos fazem refletir sobre a saúde mental, juventudes, intersetorialidade, trabalho interprofissional e colaborativo, além de uma nova formação que possibilite aos profissionais de saúde abordarem esses temas no cotidiano de saúde sem estigmas, com uma escuta qualificada e acolhimento.

A provocação de pensar novas ferramentas de produção de cuidado que amplie a resolutividade e conecte com os modos de vida das pessoas é trazida pelo capítulo “A Intervenção Musical como estratégia de cuidado na Saúde da Família: um relato de experiência com um grupo de adolescentes”. Assim, entramos em contato por meio da escrita das autoras com uma experiência da aplicação da música como tecnologia de cuidado à saúde integral do adolescente na Atenção Primária à Saúde (APS). Em “Relato de experiência em Cuidado Paliativo na Atenção Primária: desafios, conquistas e perspectivas dos usuários”, são narradas as experiências da equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos (CP) da Regional de Saúde Boa Vista, no Município de Serra, no Estado do Espírito Santo, dando destaque para as ações que abrangeram a essência do CP, principalmente no alívio dos sintomas, promoção de uma vida mais ativa e melhoria da qualidade de vida.

O capítulo “Elaboração e validação de Cartilha Educativa para o Cuidado Domiciliar de pessoas com hemofilia” nos traz o debate do cuidado em domicílio

de pessoas com hemofilia e a elaboração e validação de uma tecnologia de cuidado, que apoia na ampliação da adesão ao tratamento e promoção do cuidado em saúde. Já o capítulo “Reabilitação Interdisciplinar e Terapia Ocupacional na Doença de Marchiafava-Bignami: estudo de caso” nos permite acompanhar um tratamento de uma paciente em um Serviço de Reabilitação, um estudo realizado no âmbito das práticas em saúde e que também abre horizontes para pesquisas e qualificação da atenção em saúde.

Em “Intervenções da Terapia Ocupacional na Doença de Parkinson: estudo de caso”, somos apresentados aos efeitos de um programa de Terapia Ocupacional em uma paciente com doença de Parkinson, acompanhada em uma Unidade de Tratamento Neurológico Adulto de um Centro Especializado de Reabilitação localizado em Vila Velha - Espírito Santo. Aqui, compreendemos a importância do estudo de novos protocolos que reflitam em manutenção da qualidade de vida dos pacientes, mantem suas capacidades físicas e cognitivas.

Para o fechamento da coletânea, é trazida outra importante questão de saúde: o câncer de boca. O manuscrito “Detecção precoce do Câncer Bucal: o que o profissional da Atenção Primária precisa saber?” agrupa uma série de informações básicas que tem como objetivo contribuir para capacitação dos profissionais da APS, em especial os cirurgiões-dentistas, que têm papel crucial na detecção precoce do câncer de boca e suas lesões precursoras. Conseguimos compreender o quanto diagnóstico precoce pode reduzir a morbimortalidade desses tumores, tornando as ações de detecção precoce essenciais para reverter essa situação.

Em algumas ocasiões as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços de saúde fazem emergir o questionamento sobre a condição da implementação dos Princípios e Diretrizes do nosso sistema de saúde. No entanto, quando lemos as experiências narradas nesse livro relembramos que o Sistema Único de Saúde é fruto de debate e luta destas pessoas, profissionais que estiveram e estão inseridos na rotina dos serviços, da gestão e da academia e que transformam as práticas vivenciadas e operadas no dia-a-dia em conceitos integrados e intersetoriais que resultam em práticas potentes de cuidado e produção de saúde.

Assim, esse livro nos apoia e serve como ferramenta para instaurar desejos e movimentos para práticas de saúde que realmente operem mudança nas vidas

das pessoas e conversam de perto conosco, pertinho de nosso ouvido porque falam de lugares que transitamos e baixinho nos falam “É possível!”

REFERÊNCIAS

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n. 5, Oct. 1997.

FERREIRA, V. S. C.; SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. orgs. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 103-150. ISBN: 978-85-7541-516-0. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415160.

SUMÁRIO

NOVAS POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE POR MEIO DAS PRÁTICAS INTERSETORIAIS.....7

Quelen Tanize Alves da Silva, Renata Riffel Bitencourt, Fabiano Ribeiro dos Santos, Italo dos Santos Rocha

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A SUA LEGITIMAÇÃO COMO POLÍTICA TRANSVERSAL, INTEGRADA E INTERSETORIAL.....14

Carolina Perez Campagnoli, Érika Saiter Garrocho, Italo dos Santos Rocha, Marina Lima Daleprane Bernardi, Raiany Boldrini Jalles, Maria Fernanda Moratori Alves

A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO NUMA OUVIDORIA DE SAÚDE DO SUS: SOBRE A ESCUTA, A HUMANIZAÇÃO E O DESAFIO CLÍNICO DA PSICOLOGIA32

Auriceia Geralda da Silva Costa

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SUS DO ESPÍRITO SANTO: O PASSADO E O PRESENTE!.....49

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino, Romildo Luiz Monteiro Andrade

PROGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL (PAVÍVIS): HISTÓRICO E EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO PIONEIRO.....71

Chiara Musso Ribeiro de Oliveira Souza, Alexsandra Martins Entringer, Izabella Cardoso Lara, Jacob Henrique da Silva Klippel

VER, SENTIR E CUIDAR: AUTOMUTILAÇÃO COMO PEDIDO DE SOCORRO86

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino, Eliana Bravim

EDUCAÇÃO E SAÚDE: DIÁLOGOS SOBRE O TRABALHO INTERSETORIAL PARA O ATENDIMENTO DE ESTUDANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA DO TIPO AUTOLESÃO 104

Mariana Luz Patez, Leonardo Bis dos Santos

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A IDEAÇÃO SUICIDA E A TECITURA JUVENIL DA EXISTÊNCIA NARRADA PELA VIDA 121

Lilian Hoffmann

A INTERVENÇÃO MUSICAL COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE ADOLESCENTES 138

Brunela da Vitória Dé Nardi, Gabriela Castro Silva, Jacqueline Alves Caetano Medeiros

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM CUIDADO PALIATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS, CONQUISTAS E PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS..... 151

Ana Cristina Borges de Aguiar, Ana Cláudia Martins Araújo, Gabriela Moreira Conte, Izabella Verduc dos Santos Mendes, Karolina Torneire Zago Pego, Lorena Canal Machado Ost, Raphaela Karina Ribeiro de Carvalho, Shayla Raizem Spalenza, Tamiris Rose Sousa Viana, Thayná Ariane Venturine de Oliveira, Veronice Silveira Porto Oliveira

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA O CUIDADO DOMICILIAR DE PESSOAS COM HEMOFILIA 181

Carla Renata da Silva Pacheco, Débora Torres Mezdri, Andressa Bolsoni Lopes, Walckiria Garcia Romero Sipolatti

REABILITAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL NA DOENÇA DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI: ESTUDO DE CASO 203

Jonaina Fiorim Pereira de Oliveira, Aline Caus Zuqui, Kellen Valladão Schiavo, Crystian Moraes Silva Gomes

INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NA DOENÇA DE PARKINSON: ESTUDO DE CASO 219

Crystian Moraes Silva Gomes, Kellen Valladão Schiavo, Aline Caus Zuqui

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL: O QUE O PROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRECISA SABER..... 232

Willene dos Santos Machado Zorzaneli, Jéssica Graça Sant'Anna, Camila Batista Daniel, Priscila Marinho de Abreu, Regina Furbino Villefort Rocha, Gabriela Tonini Peterle, Thabata Coeli Dias Damasceno, Helenita Almeida Mameri, Solange Amigo Guimarães, Bianca Beraldi Xavier, Paola Fernandes Pansini, Isabella Bittencourt do Valle, Suzana Alves Patrício, Amanda Ferreira Menezes, Bruna Castelari Bissoli, Deyverton dos Santos Mendes, Sandra de Vasconcelos Schmidt, Jose Roberto Vasconcelos de Podesta, Sandra Ventorin von Zeidler

INDICE REMISSIVO 253

SOBRE OS AUTORES 255



A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A SUA LEGITIMAÇÃO COMO POLÍTICA TRANSVERSAL, INTEGRADA E INTERSETORIAL

Carolina Perez Campagnoli
Érika Saiter Garrocho
Italo dos Santos Rocha
Marina Lima Daleprane Bernardi
Raiany Boldrini Jalles
Maria Fernanda Moratori Alves

INTRODUÇÃO

Promover saúde consiste em adotar atitudes que prolonguem a vida. Essas atitudes repercutem na construção de hábitos, práticas e cuidados cotidianos, utilizados pelas pessoas na busca de bem-estar e na melhoria da qualidade de vida. Trata-se de um conceito inerente à vida que convém a todos os indivíduos, em qualquer condição de saúde e circunstâncias. Essa concepção pode ser concebida como uma cultura, um modo de viver ou de compreender a vida.

A Promoção de Saúde amplia a compreensão de que a saúde não é apenas a ausência de doença, como proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em meados da década de 1950, e avança em sua percepção como um estado positivo que contempla uma rede complexa de interdependências e inter-relações, onde não é possível estabelecer uma causalidade linear (FRAGA *et al.*, 2013). Assim, a “saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver [...]”, ela “é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (BRASIL, 2002a, p. 19-20). Para apreendê-la é preciso dar espaço aos seus determinantes e condicionantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais.

Ao longo da história, essa interpretação vem sendo assimilada por diferentes nações e consumando-se em uma série de conferências e documentos internacionais com apropriações e proposições sobre o tema. Todo esse

reconhecimento vem apontando a necessidade de incorporar, intersetorialmente, a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de políticas; e estabelecer um novo paradigma em saúde com acesso universal, sustentado em ações integrais e equânimes destinadas a melhorar as condições de saúde das pessoas.

No Brasil, os ideais sobre Promoção de Saúde foram apresentados na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e na promulgação da Constituição Cidadã de 1988 (CARVALHO, 2008). Esses eventos marcam um momento histórico, onde o direito universal à saúde, o controle social, mediante a participação popular, e a busca da equidade protagonizam o discurso sócio sanitário.

O Sistema Único de Saúde (SUS) assimilou e incorporou essa perspectiva dentro do conceito de saúde ampliada como estratégia para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e responder suas necessidades em saúde. A promoção da saúde tornou-se assim uma temática enredada em todas as pautas sociais que fundamentaram o SUS, — constituída como Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) desde 2006, e reformulada em 2014 através da Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014). Para cumprir-se como tal, a promoção da saúde deve ser compreendida, apreendida e integrada em todos os pontos da Rede de Atenção e Vigilância à Saúde (RAVS). Ademais, é necessário que ela esteja articulada intersetorialmente com outros campos produtores de saúde.

A Atenção Primária é a porta prioritária de acesso ao SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção e Vigilância à Saúde. Esse ponto de atenção à saúde dispõe de um espaço privilegiado para gestão do cuidado das pessoas e para execução das ações de promoção à saúde. A atuação da APS sob a ótica da promoção vem consolidar os princípios da reestruturação do modelo de atenção à saúde pautado nos determinantes sociais, na participação social, na equidade e na integralidade (PRADO; SANTOS, 2018).

A educação em saúde, por sua vez, constitui como uma ferramenta fundamental para promover a saúde. Valoriza-se, portanto, os processos educativos que interpretem saúde em seu sentido ampliado; que reconheçam os usuários como sujeitos autônomos, participativos e corresponsáveis pela sua saúde; e promovam ações que atendam às suas necessidades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a promoção da saúde como um processo sociopolítico. Essa definição não se limita às ações para fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas refere-se também às mudanças sociais, ambientais e econômicas que impactam na saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2002b).

A Carta de Compromisso com a Promoção da Saúde, publicada na Conferência de Adelaide (1988), identifica cinco campos de ação para a promoção da saúde, a saber: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

Seja qual for o campo de ação, a promoção de saúde inclui a preocupação com o bem-estar geral de pessoas e comunidades; e propicia o desenvolvimento de uma reflexão crítica por parte dos diferentes atores sociais. Dentro desse propósito, seu planejamento estrutura-se na ideia de fortalecer a autonomia dos sujeitos e grupos sociais, e nas perspectivas progressistas, com ênfase na elaboração de políticas públicas intersetoriais direcionadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Preconiza-se, portanto, que os indivíduos ou coletividades sejam capazes de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, transformar e desenvolver mecanismos de adaptação ao meio ambiente para que tenham saúde, como um recurso para a vida cotidiana.

O presente manuscrito tem o objetivo de descrever um breve percurso da Promoção da Saúde desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo e recomendar algumas diretrizes para a ampliação e o desenvolvimento destas ações na Atenção Primária à Saúde (APS).

DESENVOLVIMENTO

Apesar do conceito de Promoção da Saúde ter sido implantado desde a década de 70, a implantação destas ações ainda enfrenta muitos entraves com a mudança do paradigma dos modelos assistenciais para que elas sejam aplicadas no cotidiano.

Dependendo da forma que o Sistema de Saúde é visto pela gestão, ele pode situar-se em uma perspectiva humanista e adotar uma concepção mais abrangente em saúde, voltada para ações de promoção e prevenção; ou pautar-se pelo excesso da medicalização da saúde, suas limitações iatrogênicas, bem como

atenção para os altos custos da tecnologia médico-farmacêutica. A importância dada à prática da promoção da saúde varia de gestão para gestão, porém, sabe-se que a alta demanda por serviços curativos deixa o espaço de promoção da saúde aquém de seu potencial, apesar de imprescindível.

Faz-se necessária uma articulação entre promoção e vigilância da saúde reforçando a exigência de um esforço integrado na construção de consensos e sinergias na execução das agendas governamentais, a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

O período vivenciado pela população com a instalação da pandemia de covid-19 implementou um aumento de ações de prevenção como o uso de máscaras, distanciamento social, higienização frequente das mãos, etiqueta respiratória, melhoria de ventilação dos ambientes nos locais fechados, bem como desinfecção adequada dos ambientes (OPAS, 2020). Porém, dificultou ainda mais a implantação de ações voltadas à promoção da saúde.

No Espírito Santo, essa construção está contemplada na institucionalização da Promoção da Saúde como estratégia ao sistema de saúde; no domínio da política de Promoção de Saúde institucionalizada no SUS; e nos instrumentos institucionalizados pelo SUS que contribuem com a concretização dessa política, tais como: as Práticas Integrativas e Complementares, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, os Guias sobre alimentação ou atividade física, entre outros. A apreensão desses elementos amadurece a discussão estratégica e viabiliza a inserção desses instrumentos nos pontos da RAVS.

De modo geral, a Secretaria de Saúde Estadual agrega valor à Promoção de Saúde por meio do apoio institucional fornecido aos municípios na implantação/ implementação e desenvolvimento de programas e de políticas vinculadas à Promoção da Saúde; e do apoio pontual a projetos e campanhas com propósito de divulgação e ênfase no autocuidado.

O processo educativo constitui um elemento de fundamental importância em gerar visibilidade à promoção de saúde, como conceito e prática, e oportunizá-la dentro de diversos contextos em saúde. Nessa perspectiva, as ferramentas disponibilizadas pelo ICEPi - capacitações, formações, programas de residência – vêm contribuindo para intensificar esses debates e reconhecer a necessidade de concretizá-los em qualquer ponto da RAVS.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

As PICS correspondem ao conjunto de recursos terapêuticos vinculados às Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) fundamentados em teorias e experiências de diferentes origens geográficas, culturais e históricas. Sua utilização no campo da Saúde tem o propósito de incentivar - individual e/ou coletivamente - mecanismos naturais para prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

Esses recursos foram institucionalizadas no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971 de 3 de maio de 2006. O documento contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da Homeopatia, da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, das Plantas Medicinais e da Fitoterapia; e institui observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia (BRASIL, 2006).

Em março de 2017, a PNPIC regimentou outras 14 práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, totalizando 19 práticas desde março de 2017. No ano seguinte regulamentou mais 10 terapêuticas a PNPIC: Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de florais. Desse modo, na atualidade o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de 29 modalidades de PICS em sua PNPIC.

A PNPICS, assim como a PNPS, é transversal em suas ações na RAVS. A expansão na oferta dessas práticas SUS, retrata a expressão de um movimento que se identifica com novos modos de aprender e praticar a saúde, o que reforça seu caráter interdisciplinar, a utilização de linguagens singulares (TELESI JÚNIOR, 2016).

Essa ampliação de ofertas de cuidado em saúde contribui com a racionalização das ações de saúde, uma vez que incentiva alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável das comunidades; impulsiona à participação social e o envolvimento continuado entre usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2015). Desse modo, as PICS no SUS almejam contribuir para a

consolidação de um sistema de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2018).

O Espírito Santo dispõe da Política Estadual em PICS (ESPÍRITO SANTO, 2013), que vem propor diretrizes e estratégias para ampliação do cuidado humanizado e integral. No que se refere à oferta na assistência estadual, os serviços em PICS concentram-se no Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares no Núcleo Regional de Especialidades de Vitória da Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Esse centro realiza atividades assistenciais em homeopatia, acupuntura, hipnoterapia, e habilitação dos usuários na prática de Do-In e meditação; além de parcerias com diversos projetos destinados a ampliar as possibilidades de ações e serviços do SUS na promoção da saúde; prevenção, tratamento de doenças e autocuidado, sob a ótica da integralidade. Vale-se mencionar ainda o seu potencial como polo de desenvolvimento em pesquisa e o ensino (ESPÍRITO SANTO, 2021a).

O desenvolvimento de pesquisas em PICS no Espírito Santo, por sua vez, caracteriza-se por iniciativas científicas pontuais nos serviços oferecidos pela média e alta complexidade. Tais iniciativas vêm demonstrando, através de ensaios clínicos randomizados e controlados, o impacto positivo de diversas práticas na saúde das pessoas.

Quadro 1. Exemplos de pesquisas publicadas em PICS no Estado do ES

| |
|--|
| Acupuntura, yoga e relaxamento em mulheres mastectomizadas em tratamento em um Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (OLYMPIO et al, 2014; BERNARDI et al, 2011, BERNARDI et al, 2015; NOVAES, 2017). |
| Auriculoterapia e relaxamento em gestantes (SILVA et al, 2020; ARAÚJO, et al, 2016). |
| Relaxamento em puérperas (PRIMO; AMORIM; LEITE, 2011; PRIMO; AMORIM, 2008). |
| Relaxamento muscular progressivo em indivíduos com esclerose múltipla (NOVAIS et al, 2016). |
| Yoga em cuidadores de crianças e adolescentes (BERNARDI et al, 2020). |

Fonte: elaborado pelos autores.

Contudo, ainda que os ensaios apontem estratégias para potencializar a saúde dos indivíduos e agregar valor aos serviços, a incorporação dessas práticas aos serviços que sediaram a pesquisa é um grande desafio para a assistência à saúde.

No campo da formação, o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi) iniciou um projeto de residência médica em acupuntura e homeopatia com a oferta total de oito vagas a profissionais médicos (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Recentemente foi aprovado pelo ICEPi, e encontra-se em trâmites com o comitê de ética, o projeto de pesquisa Diagnóstico situacional das PICS no ES, elaborado por profissionais pesquisadores do NEAPRI. O estudo pretende realizar um levantamento situacional das PICS nos serviços municipais e estaduais capixabas, e ainda o alcance dessas práticas às populações específicas. O diagnóstico dessas práticas no território capixaba apoiará a implantação e implementação dessas práticas nos serviços do SUS, o registro correto dos dados e ainda monitoramento das ações em PICS no ES. Além disso, a concretização desse diagnóstico respaldará a atualização da Política Estadual de PICS e o desenvolvimento da formação profissional e da pesquisa nessa área.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Segundo Buss (2001), é enorme o potencial das ações de Promoção da Saúde na infância e adolescência. O autor afirma que nesse período do desenvolvimento humano que se estabelece o comportamento, o caráter, a personalidade e o estilo de vida das pessoas, e que o ambiente em que os jovens estão inseridos é um dos principais fatores influenciadores. Logo, é necessário provocar transformações nos sujeitos, empoderá-los a controlar as situações a que são submetidos e a desenvolverem-se como cidadãos. Nesse sentido, a Promoção de Saúde utiliza-se da educação como ferramenta para desenvolver o exercício da cidadania e fortalecer atitudes que prosperem as condições de saúde e vida (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

A mudança da concepção de saúde no processo histórico modificou também o processo ensino-aprendizagem, considerando suas interfaces e a possibilidade construir uma nova perspectiva de educação e saúde (BRASIL, 2002b). Com o propósito de integrar as ações de saúde ao currículo escolar, a PNPS recomenda a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, atentando-se à efetividade dessas ações e às mudanças conceituais e metodológicas no campo

da saúde. Nesse contexto, foram desenvolvidos programas e projetos indutores de políticas públicas, como o PSE.

O PSE foi formulado e estruturado de forma intersetorial pelo governo federal para atender à demanda internacional por ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em crianças, adolescentes e jovens em idade escolar. Esse programa propõe-se a articular os profissionais da APS e da escola para o desenvolvimento das ações educativas em saúde, e consequente fortalecimento do cuidado à saúde do escolar e do planejamento intersetorial participativo (BRASIL, 2007).

Através dessa iniciativa que integra a saúde e a educação, almeja-se contribuir para o pleno desenvolvimento dos estudantes rede pública de ensino da educação básica no enfrentamento de vulnerabilidades, na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida e no apoio ao processo formativo dos profissionais das duas áreas. As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto pedagógico da escola, respeitando-se à competência político-executiva dos estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas.

A escola apresenta, enquanto cenário, inúmeras possibilidades para promover a saúde das crianças e dos adolescentes. A maioria das crianças frequenta a escola regularmente e despende um tempo significativo nesse espaço. Durante esse período esses indivíduos envolvem-se em diferentes atividades, que incluem: aprender, brincar, comer e socializar. Dada sua capilaridade e abrangência, o setor educacional corresponde a uma importante janela de acesso a essa população na concretização de ações de promoção da saúde. Ele apresenta um papel estratégico na consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida, com foco na construção de uma nova cultura da saúde (BRASIL, 2004).

A escola, portanto, é uma importante parceira na promoção da saúde das crianças e adolescentes, oferecendo ações capazes de disparar reflexões sobre o cuidado com a saúde. Revela-se um vasto campo de possibilidades para a promoção da saúde antes inexplorado, fortalecendo a saúde dos escolares por meio da construção da capacidade de escolhas saudáveis.

O PSE, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, fruto do esforço do governo federal

em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2007). No Estado do Espírito Santo, teve início a partir do ano de 2013 e contou com a adesão de 61 municípios, 924 escolas e um total de 188.915 mil educandos pactuados. Nos anos de 2014 e 2015 o número de adesões caiu para 52 municípios, 872 escolas e 181.435 mil educandos. Em 2017, o PSE passa a ter adesão bienal, ou seja, terá um ciclo de dois anos de vigência. Isso significa que o município pactua doze ações e outras que queira incluir para serem realizadas em cada ano do ciclo. No biênio 2017/2018, 53 municípios aderiram ao PSE, pactuando 1150 escolas e 262.931 mil educandos. No ciclo seguinte, 2019/2020 estes números aumentaram para 70 municípios aderidos, 1398 escolas e 325.784 mil educandos pactuados. No ciclo atual - 2021/2022, mesmo diante de um cenário caracterizado pelo ensino virtual, 72 dos 78 municípios capixabas aderiram ao PSE, pactuando 1610 escolas e 379.550 educandos da rede pública de ensino do Estado do Espírito Santo.

Com o objetivo de discutir temas pertinentes às ações propostas pelo PSE e às demais questões contribuintes para uma implementação efetiva no estado do ES, no ano de 2018 e 2019 realizou-se encontros presenciais com as referências técnicas municipais da Saúde e Educação. Essas ocasiões promoveram a interação das referências estaduais e municipais, além de debates críticos e diálogos intersetoriais nas diversas ações do PSE. No ciclo 2021/2022 esses encontros são realizados virtualmente, o que propicia a maior participação dos entes envolvidos, facilita o acesso dos municípios à Educação Permanente e atende às recomendações de distanciamento social.

O desenvolvimento da articulação dessa “teia” educação-saúde entre o estado e os municípios, só vem reforçar o potencial dessas ações de educação e promoção de saúde na escola em reduzir vulnerabilidades sociais e promover melhoria das condições de vida, reduzindo a evasão escolar e intermitência de frequência devido a problemas de saúde.

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

Os principais marcos relacionados à Alimentação e Nutrição que fundamentam as ações desenvolvidas no Espírito Santo são: I) Política Nacional

de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999, atualizada em 2011 - que integra esforços para incluir a promoção de práticas alimentares saudáveis, vigilância alimentar e nutricional e a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição; II) Lei 8.080/1990, que destaca a alimentação e nutrição como um fator condicionante e determinante da saúde; III) Emenda Constitucional n° 64, aprovada em 2010, reconhece a alimentação e nutrição como um Direito Social, incluído no artigo 6° da Constituição Federal.

No ES, a promoção da alimentação adequada e saudável vem sendo fomentada por ações do Programa Saúde na Escola, Programa Crescer Saudável, Academia da Saúde, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). Esta última corresponde a uma estratégia que visa intensificar as ações de proteção, apoio e promoção ao Aleitamento Materno e à Alimentação Complementar Saudável (crianças até 24 meses de idade) no SUS. Por meio desse programa, investe-se na qualificação dos profissionais da APS, formando-os tutores aptos a apoiar, fortalecer, planejar, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno e à Alimentação Complementar Saudável nas Unidades Básicas de Saúde; há 121 tutores formados, distribuídos em 62 municípios do Estado, conforme relatório da EAAB (BRASIL, 2021b).

As ações propostas na PNAN também são fomentadas de forma transversal na implantação e implementação das Linhas de Cuidado por toda a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), e ganham foco nas ações do Plano para Ações Estratégicas para Enfrentamento às Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Espírito Santo 2011-2022 - podendo ser exemplificado pelo curso sobre Alimentação Cardioprotetora realizado no primeiro semestre de 2021 para os profissionais da APS no Estado (ESPÍRITO SANTO, 2021c).

Além disso, a promoção da alimentação adequada e saudável é a temática essencial do projeto de enfrentamento da obesidade, em curso desde o início de 2020, e que tem como público-alvo os profissionais e gestores da APS. Além da formação, o projeto almeja a construção de um plano para enfrentamento da obesidade.

Na perspectiva de buscar esforços para induzir as ações propostas nos territórios, o NEAPRI vem articulando-se por meio da área técnica de saúde da criança, com referências regionais de APS, a Gerência de Assistência Farmacêutica, a coordenação de Alimentação e Nutrição da Subsecretaria de Vigilância em Saúde

e com a Comissão Estadual de Bancos de Leite Humano do Estado, ampliando a discussão do Aleitamento Materno. Esse debate ampliado culminou na alteração do protocolo de solicitação de fórmula infantil do estado, incluindo-se a avaliação da situação da amamentação por meio da APS, com vistas à elaboração de políticas estaduais que protegem o aleitamento materno (ESPÍRITO SANTO, 2021b).

A articulação vem estendendo-se para com as coordenações municipais de APS, as referências municipais de alimentação e nutrição e de saúde da criança, com o objetivo de implantar ambulatórios de Aleitamento Materno na APS dos 78 municípios do estado. O projeto encontra-se em fase de implantação e tem como premissas fortalecer a APS como espaço privilegiado para oferecer às mães e aos familiares as orientações necessárias para a promoção, o encorajamento, a relaxação e a manutenção da amamentação. Almeja promover qualificação dos profissionais de saúde da APS sobre orientações relativas ao manejo, manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, aleitamento materno complementado até os dois anos de idade, a introdução alimentar adequada e saudável e a orientação quanto ao fluxo para solicitação de fórmulas infantis especiais, para os casos necessários.

A promoção da alimentação adequada e saudável é a temática central do Projeto de Enfrentamento à Obesidade no ES, em curso desde o início de 2020. Trata-se de uma proposta de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), com apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, e que tem como público-alvo profissionais e gestores da APS. Por meio do projeto, houve formação específica para gestores do SUS quanto à implementação da PNAN na APS, bem como formação para profissionais da assistência na APS em diversos municípios do estado, culminando na construção de planos municipais para enfrentamento da obesidade.

Além destas ações a SESA/ES possui representação no Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), que objetiva propor políticas estruturantes, que configurem a alimentação como um dos direitos humanos fundamentais e como parte integrante do direito de cada cidadão, bem como promover e/ou articular ações supletivas, em caráter de emergência, destinadas a determinados grupos sociais, voltadas para o enfrentamento do problema da fome e da miséria.

PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é fundamental para a promoção da saúde, pois contribui na redução e no controle de diversas doenças crônico-degenerativas (diabetes, hipertensão arterial, obesidade etc.), além de contribuir com a promoção de uma série de benefícios fisiológicos, psicoemocionais e sociais aos seus praticantes. A sua definição mais atualizada está presente no Guia de Atividade Física Para a População Brasileira

Atividade física é um comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente, podendo acontecer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas (BRASIL, 2021a, p.7).

A principal ação realizada pelo Ministério da Saúde para a promoção da atividade física no SUS nos últimos anos, foi o Programa Academia da Saúde, com os seguintes objetivos: promoção de atividades físicas e práticas corporais; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; mobilização da comunidade; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis. Atualmente existem oito polos do Programa no Estado do Espírito Santo, sendo sete no município de Vitória e um no município de Guaçuí.

Em 2019 foi realizada a Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) pelo IBGE, que analisou a prática de atividade física pelos brasileiros. Constatou-se que a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil era de 40,3% no total. Deste grupo identificado, 47,5% eram mulheres, 32,1% eram homens, 59,7% possuíam 60 anos ou mais de idade e 37,3% possuíam de 40 a 59 anos. Além disso, observou-se que os grupos com menor grau de escolaridade, os desempregados ou sem atividades profissionais e os de baixa renda eram grupos insuficientemente ativos.

Os dados desta pesquisa são fundamentais, pois podem auxiliar na tomada de decisões para a ampliação de políticas públicas e de programas de atividade física com o objetivo de reversão da epidemia de sedentarismo que assola o país.

Em uma análise documental do Plano Estadual de Saúde (2020-2023), da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, não foi encontrada nenhuma menção referente a metas e ações voltadas para a promoção da saúde por meio de programas de atividades físicas. No entanto, é recomendável que sejam ofertados novos programas de atividade física que atendam a população mais vulnerável e leve em consideração a faixa etária, o sexo e a condições socioeconômicas e garantam a equidade em saúde. Para isso é necessário um encadeamento de várias ações governamentais tripartites, de maneira intersetorial, com ações coletivas e coordenadas com outras pastas (Lazer, Cultura, Educação, Urbanismo).

METODOLOGIA

PROPOSTAS DE AÇÃO

A Educação Permanente é uma ferramenta potente em (re)pensar a saúde e aprimorar seus processos de trabalho. A aposta nesse instrumento é não apenas enquanto disseminador da promoção da saúde mais do que como conceito, prática, cultura ou princípio, mas como um compromisso dentro da rotina de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Esse processo de aquisição e troca de saberes demanda a qualificação de profissionais de diferentes pontos da RAVS como multiplicadores do tema em seus núcleos assistenciais relativos aos cuidados primários e especializados. A proposta é que a abordagem seja realizada através dos seguintes componentes: I. Recomendações de leitura e material audiovisual sobre temáticas relacionadas à promoção de saúde, além de avaliação crítica e problematização sobre as mesmas; II. Encontros presenciais/virtuais norteados por diversas técnicas de metodologias ativas, como PBL/aprendizagem baseada em problemas, simulações, viagens educacionais, portfólio reflexivo, aprendizagem baseada em equipe (TBL), simulações, seminários, estudos de caso etc.; III. Construção de um produto pelos profissionais participantes de diferentes áreas da saúde, que contemple a implantação/implementação de estratégias de promoção da saúde nos seus respectivos núcleos/processos de trabalho; IV. Avaliação periódica e planejamento acerca da continuidade da proposta, assim como a multiplicação de outras tantas.

CÍRCULOS DE FORMAÇÃO SITUADA

Essa proposta trata da legitimação de um elemento abstrato dentro de um sistema distraído e, por isso, deve ser acolhido como um movimento contínuo, constante e disciplinado a ser disseminado.

Para constituição dos círculos de formação é fundamental o envolvimento de atores internos e externos à SESA, capacitando profissionais dispostos a disseminar as proposições que se referem à Promoção da Saúde, e agregar valor às mesmas em seu meio profissional.

Além da proposta de formação, faz-se necessário o estabelecimento de um processo de educação continuada – o que implica na continuidade dos encontros periódicos – para avaliação das ações, assim como para perpetuação e legitimação da proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Promoção da Saúde está passando por transformações no Estado do Espírito Santo para atingir a ampla valorização necessária e fazer parte do cotidiano das ações propostas pela SESA, em ações que promovem a saúde dos usuários. É uma importante ferramenta que contribui na melhora dos indicadores de saúde, na promoção da qualidade de vida, hábitos saudáveis e respeito ao meio ambiente.

As PICS, ainda que incipientes no território capixaba, vem progressivamente ganhando força como “possibilidades em saúde” na APS e na Atenção Especializada; e reconhecidas pela valorização da integralidade na atenção. Essa construção é acompanhada pelo desenvolvimento de estudos clínicos e do investimento na formação dos profissionais em PICS.

O Programa Saúde na Escola, com suas 12 ações de promoção, se faz ainda mais necessário durante a pandemia e no cenário pós-pandêmico, onde crianças e adolescentes sofreram com o isolamento e são justamente os temas preconizados pelo programa que foram mais afetados, podendo citar a violência, a inatividade física, a alimentação inadequada e a dificuldade do acesso alimentar, o atraso no calendário vacinal entre outras.

Na perspectiva da PNAN, retomar as ações relacionadas à promoção da alimentação adequada e saudável, promoção do aleitamento materno exclusivo até

o sexto mês e complementado até os dois anos de idade e de vigilância alimentar e nutricional na APS compõem agendas prioritárias na coordenação estadual de APS, por valorizar o impacto destas ações na saúde das pessoas usuárias do SUS e por reconhecer a alimentação adequada e saudável como um Direito Humano que deve ser garantido à população por meio de políticas públicas intersetoriais, sendo a APS, dentro do setor saúde, um espaço privilegiado para seu fortalecimento.

É fundamental que, no âmbito da promoção da atividade física, ocorra uma ampliação dos programas de atividade física e lazer nas três esferas de gestão governamental com o intuito de reduzir os índices de sedentarismo que vêm crescendo exponencialmente no país. Com a pandemia de covid-19 estes dados se tornaram mais evidentes, sendo necessário uma discussão emergencial para a criação de programas de promoção de um estilo de vida mais saudável para toda a população, com base em ações intersetoriais tripartites.

Com a pandemia de covid-19, a Promoção da Saúde se faz ainda mais necessária diante do cenário crítico provocado pelo isolamento social, pelo afastamento social, pelas privações e pelas perdas. A dificuldade do acesso às políticas de prevenção e promoção da saúde, bem como repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos e culturais promove a discussão da ampliação destas políticas em âmbito estadual com intuito de contribuir de forma efetiva e significativa na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, W. S.; ROMERO, W. G.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M. H. C. Efeitos do relaxamento sobre os níveis de depressão em mulheres com gravidez de alto risco: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016.

BERNARDI, M. L. *et al.* Análise da amplitude de movimento dos ombros antes e após a intervenção Hatha-Yoga em mulheres mastectomizadas Survey over shoulders' movement amplitude in mastectomyzed women before and after Hatha-Yoga intervention. **Rev Bras Mastologia**, v.21, n.3, p. 118-26, 2011.

BERNARDI, M. L. *et al.* Efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos níveis de estresse e ansiedade em mulheres mastectomizadas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, p. 3621-3632, 2013.

BERNARDI, M. L. D.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E. Efeitos do Hatha-Yoga em cuidadores de crianças e adolescentes com câncer: um estudo randomizado e controlado. **Esc Anna Nery**, v. 24, p. 1-9, 2020.

BERNARDI, M. L. D.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E. Efeitos da intervenção hatha-yoga nos sinais vitais de mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 17, p. 27-37, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014: Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2014. Seção 1, p. 68.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. A promoção da saúde no contexto escolar. Revista de Saúde Pública, v. 36, n. 2, p. 533-535, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A promoção da saúde no contexto escolar**. Projeto Promoção da Saúde. Rev Bras Ciênc Saúde, v. 2, n. 3, p. 67-8, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Brasília: Casa Civil, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor AB. Sistema de Informação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Relatório de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Competência, fev. 2021b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/login.xhtml>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde na infância e adolescência. Rev. Bras. Saúde Materno. Infant., Recife, v. 1, n. 3, p. 279-282, set./dez. 2001.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! Saúde e sociedade, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

CARVALHO, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008.

ESPÍRITO SANTO. Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares CRPIC/ NREV / SESA-ES **Carta de Serviço**, 2021a. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/PIC/CARTA_DE_SERVICO_CRPIC.pdf. Acesso em: 13 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto Capixaba de Educação Ensino Pesquisa e Inovação. Edital 002/2020. **Seleção de candidatos para residência médica**. Vitória, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/ICEPi/EDITAL%20ICEPI%20002-2020%20-%20Residencia%20M%C3%A9dica.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo De Normalização e Coordenação e Práticas Integrativas e Complementares. **Política de práticas integrativas e Complementares do estado do Espírito Santo**: homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais e medicina tradicional chinesa/acupuntura. Vitória, 2013. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/PIC/SESA_POLITICA%20DAS%20PICS_VERSAO%20FINAL.pdf. Acesso em: 13 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria 098-R de 13 de Maio de 2021. Institui e homologa os Protocolos Estaduais para fornecimento de fórmulas nutricionais. Vitória, ES. 2021b.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 102 R, de 20 de Maio de 2021. Estabelece a Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Espírito Santo. Vitória, ES. 2021c.

FRAGA, A. B. *et al.* Curso de extensão em promoção de saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2013. 144 p.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cad. Saúde Pública**, v. 4, n.34, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. 113p. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2021.

NOVAES, A. R. V. **A acupuntura no cuidado de mulheres com câncer de mama em Vitória, ES**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

NOVAIS, P. G. N.; BATISTA, K. M.; GRAZZIANO, E. S.; AMORIM, M. H. C. Efeito do relaxamento muscular progressivo como intervenção de enfermagem no estresse de pessoas com esclerose múltipla. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** (Online), v. 24, p. 1-9, 2016.

OLYMPIO, P. C. A. P.; LIMA, E, F, A.; AMORIM, MARIA HELENA COSTA. Mulher Mastectomizada: Intervenções de Enfermagem e atividade natural killer. **Rev Epidemiol Control Infect**, v. 4, p. 07-11, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção**, jul. 2020. Número de referência: OPAS-W/BRA/COVID-19/20-089. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOVID-1920089_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 23 jul. 2021.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 379-395, Rio de Janeiro, 2018.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de iga salivar de puérperas. **Rev Latino-am Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 16, p. 36-41, 2008.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; LEITE, F. M. C. A intervenção de enfermagem: relaxamento e


seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. **Acta paul. enferm.** (UNIFESP. Impresso), v. 24, p. 751-755, 2011.

SILVA, H. L.; ALMEIDA, M. V. S.; DINIZ, J. S. P.; BRINGUENTE, M. E. O.; LEITE, F. M. C.; MOURA, M. A. V.; BRANDÃO-SOUZA, C.; AMORIM, M. H. C. Efeitos da auriculoterapia na ansiedade de gestantes no pré-natal de baixo risco. **Acta paul. enferm**, v. 33, p. 1-8, 2020.

SILVA, R. S.; AMORIM, M. H. C.; PRIMO, C. C.; CASTRO, D. S. Influência do relaxamento no sistema imunológico de mães com neonatos de baixo peso. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 11, p. 37-43, 2009.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Br Dilemas na promoção da saúde no Br Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 22, p. 223-38, maio/ago. 2007.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. Av, São Paulo*, v. 30, n. 86, p. 99-112, abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00099.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.



A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO NUMA OUVIDORIA DE SAÚDE DO SUS: SOBRE A ESCUTA, A HUMANIZAÇÃO E O DESAFIO CLÍNICO DA PSICOLOGIA

Auriceia Geralda da Silva Costa

INTRODUÇÃO

A busca pelo direito a serviços leva as pessoas a recorrer às Ouvidorias de Saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), catalogando reclamações, sugestões, denúncias e elogios traduzindo o cenário no qual se inserem e vivenciam processos de saúde/doença. Esses dados orientam para a avaliação de rearranjos assistenciais, implicando pensar os processos de gestão em seu comprometimento ético, político e social, reconhecendo nisso o limite que existe de atuação de cada esfera envolvida na complexa função que é a atenção à saúde.

As ouvidorias do SUS evidenciam-se como lugar pensado para oferecer “escuta qualificada” às pessoas, escuta aqui compreendida como o reconhecimento da necessidade que as pessoas possuem de se colocarem e de expressarem, o que está para além das questões relativas à doença manifesta, ou seja, está para além do motivo e da queixa que acionou diretamente a ouvidoria, donde as motivações mais advindas do contato com a ouvidoria, não são catalogados pelo aparato técnico existente, uma vez que não encontram acolhimento em outros setores da rede.

Diante do contexto exposto, objetiva-se aqui abordar o que não se enquadra na limitação oferecida pelos aspectos conceituais e funcionais de uma ouvidoria de saúde. Refletir sobre um modo alternativo para organizar a atenção neste espaço, convidando ao exercício desafiador de pensar a reconstrução do trabalho realizado nas ouvidorias. A fim de que se instituem alternativas de atuação profissional do psicólogo, propõe-se aqui uma reflexão a partir da temática da clínica em psicologia, trazendo a noção de “clínica ampliada” para contribuir com outras compreensões acerca dos processos que se passam nas ouvidorias de saúde.

Considerando as ouvidorias também como um serviço em saúde, faz-se necessário pensar na importância de que se desenvolva um olhar clínico-social entre os trabalhadores do setor podendo contribuir para que se configurem determinadas práticas ético-políticas, quer dizer, perspectivando a ouvidoria como espaço onde seja possível uma escuta qualificada, pois envolta em uma noção de saúde que se promova abarcando a realidade social de nosso país. A perspectiva de “clínica ampliada” a ser tratada aqui também carrega a necessidade de um compromisso radical com o usuário, visto de modo singular.

Trata-se de uma temática que nos convoca a problematizar tanto a responsabilidade quanto o potencial das práticas atravessadas pela intersetorialidade e a interdisciplinaridade, para compreender que uma pessoa não pode “ser dispensada”, ou ignorada por meio da naturalização de encaminhamentos abruptos, quando manifesta o desejo de falar de si, movimento inspirado e alinhado à Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que coloca em análise e em processo de revisão/transformação os modelos cristalizados e reproduzidos ao longo dos anos nas práticas dos profissionais de saúde, razão pela qual ela atravessa diferentes políticas implantadas na rede SUS (BRASIL, 2004). Diante do exposto, refletimos sobre o encontro potente entre a clínica enquanto *ethos* e a experiência profissional vivida em uma Ouvidoria de Saúde do SUS.

ORIGEM, SIGNIFICÂNCIA E FUNÇÕES DA OUVIDORIA DO SUS

A implementação de ouvidorias de saúde no SUS compõe um projeto de gestão democrática e participativa, estratégia transversal de um mecanismo de democratização das instituições e das práticas de saúde por meio da reformulação das relações entre os sujeitos, dentre quais os entes estatais (BRASIL, 2015). Objetiva aproximar cidadãos e gestores numa perspectiva de melhoria do serviço prestado no âmbito da saúde pública. Foi na Europa, durante o século XIX, através do Ombudsman, a primeira experiência a estabelecer mecanismos em defesa dos direitos sociais, com destaque para o vivido na Noruega durante o final do século XX. Daí deriva-se influências legais e um importante repertório relativo ao envolvimento dos diferentes atores na luta pelos direitos sociais (LOPES *et al.*, 2017).

No Brasil há vários marcos Legais na consolidação do direito à saúde como um direito social fundamental. Há também a experimentação de diferentes dispositivos democráticos para que esta garantia se dê processualmente, a exemplo dos espaços de ampla participação, e também deliberativos, como os Conselhos e Conferências. Destaque aqui para a 10ª conferência Nacional de Saúde, quando, em 1996, se delibera pela criação das ouvidorias do SUS em todos os níveis de saúde: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013a).

Uma ouvidoria pública pode propiciar este espaço de disseminação democrática, além de permitir maior aproximação entre os cidadãos e os setores acionados, efetivando o maior acesso a informação. A lei de acesso à informação, Lei nº 12.527/2011, direciona o direito constitucional de acesso às informações públicas (BRASIL, 2011). Funcionando como recurso primário para garantia de direitos e como instrumento de controle interno, a ouvidoria tem ainda potencial para prevenir a judicialização de questões que são fundamentalmente relacionadas à assistência em saúde (LOPES *et al.*, 2017).

Há diferentes aspectos relacionados à função da ouvidoria. Por exemplo, nela, é possível reconhecer e valorizar diferentes atores que atuam no processo de construção da saúde, contribuindo para a articulação entre estes agentes. Para além do pressuposto informacional que direciona a função de uma ouvidoria de saúde, esse espaço é um convite à conversa. É possível pensarmos à luz de Hayek (1994) acerca da possibilidade de comunicação e seus efeitos e do quanto, dentro de uma ouvidoria do SUS, a capacidade comunicante individual e coletiva pode enriquecer a política de sentido, fortalecendo as relações sociais, econômicas e afetivas.

As ouvidoras carregam em seu potencial, a possibilidade dar sentido à vida política, fortalecendo coletivos através do reconhecimento de direitos e do exercício (mais pleno) de cidadania. A ouvidoria do SUS é mais um espaço no sistema de saúde pública, onde há movimento autônomo de busca de participação por parte do usuário, além de revelar-se como espaço onde pode forjar o aumento da confiança em instituições públicas. Mas, observar o que ocorre na vivência deste espaço compõe também o desafio de pautar o tipo de encontro, conversa e escuta que, como qualificados, produzem efeitos que podem qualificar indissociavelmente a assistência. É possível que, em algumas realidades, já se sinta a necessidade de problematizar o conceito de escuta nelas experimentados.

A ESCUTA QUALIFICADA

Em processo de escuta qualificada há de se ter lugar para aquilo que está “além” da compreensão imediata, o que é um grande desafio para os profissionais que atendem nas ouvidorias. Ao se deparar com as demandas emergentes, identificá-las e manejá-las, é importante conceder uma modalidade de cuidado que também abarque os aspectos de cunho subjetivo que ali se manifestam.

Este trabalho de escuta denota o exercício da compreensão, da disponibilidade e do respeito. Não é preciso reduzir este processo de trabalho como dinâmica apenas a responder uma queixa ou uma demanda, formas de acionar uma ouvidoria. O agente público é quem também pode exercitar a aceitação e o reconhecimento do outro em sua singularidade, como cidadão de direitos, e também único em sua experiência perante o cuidado ou a desassistência em relação aos serviços de saúde. Neste íterim, ressaltamos o debate sobre a participação, também singular, de psicólogos nas ouvidorias. Os psicólogos possuem uma formação habilitada a trabalhar com o que Alfredo Simonetti denomina de corpo simbólico, ou seja, trabalham com uma modalidade de atenção diferenciada com o que está nas palavras, são profissionais que tratam dos registros simbólicos junto à medicina dos registros reais (SIMONETTI, 2008). É comum ouvir de profissionais que atuam nas ouvidorias a seguinte expressão: “aquela pessoa só veio aqui para falar”. Não é uma constatação banal. O trabalho da escuta numa ouvidoria de saúde requer mesmo esse exercício: compreender e viver entre os outros, seus anseios e perspectivas.

Diante desta afirmação, considera-se a importância ainda maior de uma aproximação a conceitos fundamentais do campo da saúde coletiva, como acolhimento e humanização. Conceitos e também políticas que operam transversalmente em toda a rede SUS. Dito de outra maneira, valorizamos a disponibilidade dos trabalhadores do SUS em observar suas práticas, sobretudo, porque os relatos vão dar conta de que, em alguns momentos, foram problemas relativos a esses dispositivos que provocaram a demanda à ouvidoria. Reconhece-se que o manejo adequado e genuíno de tais instrumentos de trabalho pode, de fato, contribuir para qualificar a escuta ofertada às pessoas que procuram a ouvidoria e, nisso, assumem a função protagonista de usuário do sistema de

saúde. Como exemplo e oportunidade para refletirmos sobre este espaço de gestão/atenção, tomemos uma situação onde uma senhora procura a ouvidoria de saúde e pergunta ao profissional que estava ali atendendo:

- A senhora sabe me dizer o que são cuidados paliativos? - É que o médico disse que se eu concordasse, faria isso com minha mãe. Que ela não precisaria ser entubada lá no hospital. Que se o seu coração parasse, ele não iria ressuscitá-la. Achei um absurdo. Como poderia concordar com isso? (SILVA, 2017).

A usuária se referia e se encontrava diante deste relato de uma proposta sobre a morte humanizada, naturalmente estranhada. Percebe-se que a situação exige mais informações; exige o respeito ao fato de que a usuária sofria efeitos de uma comunicação que não abarcou o seu grau de entendimento; assim como exige o envolvimento e reconhecimento, diante de uma questão que dizia respeito ao seu universo particular, quer dizer, a relação mãe e filha. Tudo isso compõe a dinâmica do diálogo estabelecido no contato feito com a ouvidoria e, logo, do atendimento a ser realizado por um profissional de saúde.

Escutar pessoas suplanta protocolos instituídos e desafia a um constante inclinar-se para o outro. Portanto, é preciso considerar a importância de que a ouvidoria não reproduza prática burocratizada ou indiferente aos momentos vivenciados no processo saúde/doença/cuidado do usuário que a procura. Fazer escuta numa ouvidoria de saúde implica compreender que as pessoas vão atualizar, neste setor, fragilidades que despontam em diferentes outras unidades da rede e que, narradas numa ouvidoria, podem ser tomadas como subsídio para possíveis modificações no processo do cuidado oferecido por uma rede. Isso requer responsabilidade por parte daquele que faz a escuta em se colocar como um mediador dessa relação entre sociedade e ente público, gerando e/ou ativando movimentos contínuos de diálogo.

A HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Falar em humanização nas práticas de saúde, a partir daquilo que é escutado numa ouvidoria, é também reconhecer que os cidadãos que usam o sistema manifestam a importância da política de saúde e de sua constante

implementação. Isso pode ser verificado e interpretado com base em algumas narrativas sobre a experiência de desassistência, mas também em experiências nas quais práticas humanizadas de assistência reduziram o sofrimento inerente ao processo de adoecimento, resultando em benefício para os envolvidos.

A população brasileira historicamente desconhece muitos de seus direitos e ainda carece de informações a este respeito, sofrendo, devido a isso, longos anos de exclusão social e política, logo, sofre também diferentes processos de exclusão assistencial. Isto interfere diretamente no exercício da cidadania e no incremento da participação, já que há um abalo histórico da confiabilidade no ente público.

A humanização, como abordada na saúde pública, é uma dimensão ética, estética e política complexa, que tem força para mobilizar a reflexão, o debate e a revisão das práticas de cuidado (BRASIL, 2010). A humanização é

ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde – PNH – foi lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 (BRASIL, 2010) e tem por base a ativação e a articulação de programas que coadunam com o princípio da integralidade. O movimento HumanizaSUS surgiu da necessidade prática e da aposta ético-política do sistema único, incluindo trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado, assim como na coanálise dos processos de trabalho (BRASIL, 2013b).

Ao longo dos anos, a PNH enfrenta possibilidades e limites diante do desafio da incorporação do outro neste processo amplo de dialogia e participação. Em termos de programas e projetos formativos, engloba conceitos que vão norteando o debate e a análise sobre a prática dos serviços, tais como: Acolhimento; Gestão participativa; Cogestão; Ambiência; Clínica Ampliada; Processo de Trabalho; Cuidado; Educação Permanente etc.

Esta política transversal à política de saúde se estrutura e opera a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Reis, Marazina e Gallo (2004) argumentam que a humanização da saúde para se efetivar teve que ser apresentada como uma política pública, no âmbito do sistema de saúde e nos níveis de efeitos que ela comporta, atuando como dispositivo de amplo alcance amparado pela maior instância de gestão do Estado. Destaca-se que as possibilidades de intervenção eram limitadas, uma vez que a humanização até então fora apresentada como um programa e não como uma política.

Em cada território, considerando e analisando cada realidade, que nascem propostas criativas capazes de potencializar processos de trabalho e de qualificar os modos de cuidado. Para que uma intervenção na modalidade proposta pela PNH produza alguma influência, não pode restringir-se a ações de grupos isolados, mas sim efetivar a tríplice inclusão (gestão/trabalhador/usuário) como forma de valorização de diferentes atores e diferentes potencialidades estratégicas, comprometidos com ações em defesa da vida humana.

A Política Nacional de Humanização subverte o homem como abstração, modelo ou idealidade a partir do qual se ajustaria a existência humana (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Ela convida-nos a entender o humano como constituído no concreto das experiências cotidianas. Ela não objetiva aproximar os diferentes sujeitos a nenhuma espécie de modelo padronizado, mas sim está voltada para analisar e problematizar as práticas de homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências, enquanto trabalhadores e usuários.

Para Santos-Filho, Barros e Gomes (2009), é no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói. Corroborando, neste mesmo sentido, o pensamento de Benevides e Passos (2005) propõe que, não havendo uma imagem definitiva e ideal do Homem, resta aceitar a tarefa inconclusa da reinvenção de nossa humanidade, no trabalho constante da produção de outros modos de vida e de novas práticas de saúde dentro do SUS. E dessa forma, os autores ainda afirmam:

[...] como assistimos no processo constituinte do SUS ou na proposta/aposta da PNH. É preciso trazer definições mais claras para o conceito de humanização em saúde, evidenciando a necessidade de prestar assistência reconhecendo que o outro é um ser de direitos, é subjetividade

em construção contínua. Aliado à importância da problematização da técnica, da cultura e do funcionamento da equipe de profissionais, para que não se restrinja esta reflexão a apenas determinados projetos de uma parcela de profissionais (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 570).

Outro importante desafio é incidir na reformulação curricular das profissões da área de saúde, de forma que tais experiências de formação se constituam (disciplinas teóricas e estágios práticos) permitindo visão mais abrangente do processo de prevenção e assistência que forma o campo da “clínica ampliada”. Por “ampliada” entende-se o procedimento clínico assumido como produtor de subjetividade, produtor dos modos de sentir e viver a produção de saúde. Nesse sentido, a subversão do eixo descendente do cuidado visa propor lugares alternativos aos da passividade e inércia, tão naturalizados em determinados processos de adoecimento, tratamento e cura. Isso constitui uma reviravolta de porte, não somente para os pacientes, instados a “não incomodar o médico”, mas para os profissionais que há muito foram ensinados a agir não escutando e/ou valorando o saber que advém do paciente, já que se naturalizou compreender que ele próprio “não sabe” do seu mal-estar (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

A OUVIDORIA COMO EXPERIÊNCIA DE CLÍNICA AMPLIADA

A escuta cotidiana numa ouvidoria de saúde revela, dentre outras coisas, que os usuários, quando acionam o setor, também expressam seus sofrimentos. Nesse contato é preciso realizar, além do registro de suas queixas, uma escuta que abarque outras necessidades, a modalidade de escuta que emerge de um encontro acolhedor. O efeito desse tipo de acolhimento e escuta pode se revelar, a partir do que encontramos em algumas devolutivas dadas pelo cidadão, como por exemplo, nas expressões ouvidas: “Aqui encontrei paz!”; “Obrigada por me escutar!”..

A devolutiva, às vezes, é imediata, outras, é dada dias após o encontro. Entende-se como devolutiva também gestos como o abraço que o paciente traz posteriormente. É gratificante quando retornam e verbalizam: “Não consegui minha consulta, mas já valeu ter vindo aqui”. Acontece de o usuário telefonar para a ouvidoria por necessitar falar mais de si e de seu processo, pois encontrou quem o escute.

Pensar a ampla realidade vivida pelo cidadão, pelo usuário do sistema, pela pessoa que se sente acolhida é, por parte dos trabalhadores do SUS, responsabilizar-se na busca por um modelo de intervenção que impacta diretamente e continuamente este vivido, ou seja, contribuindo para se produzir uma saúde que coaduna com os princípios da integralidade do sistema e da equidade da atenção. A integralidade e a equidade ressaltam a importância do ser humano ser entendido na sua totalidade, não de forma fragmentada, assim as ações em saúde devem levar em conta todas as particularidades envolvidas na vida do ser humano – biológicas, psíquicas e sociais (CEAP, 2017).

Discutir a importância e o exercício da prática (ou do *ethos*) clínico em ouvidorias, inclui pensar o fortalecimento da humanização no atendimento prestado pelo setor. Isto quer dizer, assumir o reconhecimento da importância desse espaço como campo de trabalho para profissionais que estão preocupados com uma clínica que se desenha para além dos enquadres clássicos e individuais, a clínica que está encarnada no encontro entre sujeitos humanos e nos seus efeitos biopsicossociais. É um desafio, pois este reconhecimento coloca em xeque também o modelo de atendimento burocrático e fiscalizador instituído em setores de natureza administrativa, ou localizados nas secretarias municipais e estaduais, a exemplo das ouvidorias do SUS.

Um senhor que estava aguardando há alguns meses por uma cirurgia, e acometido por dores, procura o setor para que seja averiguada a sua demanda de assistência não efetivada. No decorrer da sua fala começa a chorar compulsivamente e relatar que suas dores aumentaram após o suicídio de sua filha. Essa conversa, que poderia se restringir a objetividades dos fatos relativos à demora do procedimento, prossegue carregada de desdobramentos. É possível compreender e, portanto considerar, que este sujeito está vivenciando um processo de luto, nesse caso verbalizando-se falta de apetite, insônia e tristeza profunda. Diante dessa situação o que fazer? (COSTA, 2017).

No ínterim das inquietações, tecnologias de cuidado humanizado têm apontado a eficácia da circulação dos afetos e da ativação da criatividade nas práticas. Eis um modo de problematizar as relações entre trabalhadores e usuários, principalmente diante da verticalização do fazer e do poderio dos mandos e protocolos descendentes, ainda tão presente nos setores de saúde pública.

Enfatizamos: o que se manifesta nas ouvidorias é também saúde, entendida para além da dimensão biológica.

Buscando outras possibilidades de ser e de trabalhar nas ouvidorias, recorreremos às discussões de autores como Campos (2014). Ele organizou a concepção teórica e metodológica Paideia, utilizada colocando em análise as políticas e práticas de saúde no Brasil, potencializando a dimensão democrática do cuidado, a partir de uma perspectiva de saúde e de clínica ampliadas.

Campos *et al.* (2014) descreve a conceituação da Paideia, sendo uma teoria que apresenta na sua concepção uma dimensão crítica e uma dimensão propositiva encaixadas. Onde a dimensão crítica abrange uma investigação do mundo do trabalho e das instituições contemporâneas. A dimensão propositiva apresenta um método de apoio e cogestão no qual são destacados apoio institucional, apoio matricial e clínica ampliada e compartilhada.

A singularidade da clínica, pensada a partir de determinado *ethos* profissional na ouvidoria, coaduna com os princípios elencados, quando se repensa a atuação da ouvidoria considerando-se inclusive sua função de registro, a responsabilidade, o cuidado e seu papel na cogestão dos processos de produção de saúde, ou seja, entendendo a visão ampliada do processo saúde-doença e conseqüentemente, alocando também no atendimento prestado no contato telefônico, a possibilidade de compartilhamento nas estratégias de cuidado e de terapêutica.

Dessa maneira, a metodologia da clínica ampliada apoia tanto a compreensão da emergência relacionada à saúde psíquica das pessoas, quanto situa o atendimento prestado pela ouvidoria como a possibilidade de ações clínicas de cunho menos individualizantes e médico-centrado. Este é também um modo de ver as ações serem distribuídas pelos equipamentos de cuidado e gestão, ou seja, restaurando na condição da patologia, do adoecimento e do sofrimento, um cunho social e político, expressos por uma rede psicossocial capaz de ativar e cogerir a atenção à saúde nos diferentes espaços do sistema.

Quando pensamos em clínica ampliada e na ampliação do objeto de trabalho dos ouvidores, pensamos no lidar com a subjetividade e no desafio do desenvolvimento de outros vínculos, valorizando o poder terapêutico de ser escutado. De acordo com Campos e Amaral (2007). A terapêutica não deve se limitar a uma atuação meramente medicamentosa ou cirúrgica, existindo a

possibilidade de utilização da escuta, na palavra, na educação em saúde e no apoio social como formas efetivas de atuação em saúde.

Dessa forma, tal possibilidade de atuação deve ser o encargo para o qual uma escuta qualificada nas ouvidorias deve atentar e assumir responsabilidade. Nesse ínterim, pensar em uma proposta de clínica ampliada se constituiria também em considerá-la como uma ferramenta de articular e incluir os diferentes enfoques e disciplinas, uma vez que reconhece que, em situações de atendimento singulares, pode haver a utilização de enfoques, conhecimentos e possibilidades de ação variados, sem excluir ou negar outras possibilidades de ação, como forma de ampliar o objeto de trabalho e buscar assim maior eficiência, com a necessária inclusão de novos instrumentos (BRASIL, 2009).

Esse eixo convoca o não privilégio a especialismos, evitando, contudo, as fragmentações do olhar sobre o cuidado, logo, provocando a responsabilização entre trabalhadores a fim de que seja superada a máxima: “de quem é este paciente?”. Além disso, convocam os profissionais, mesmo os que não estão diretamente na “ponta” da rede, a estarem disponíveis para escutarem o outro e a si mesmo, atuando com em relação a condutas automatizadas, e trabalhar com os problemas sociais e subjetivos, abarcando uma maior aproximação com as famílias e com comunidade (BRASIL, 2009).

No debate no campo da saúde, à luz de Mendonça Filho e Nobre (2009), pode-se ressaltar que saber ouvir e encontrar soluções conjuntas é uma forma diferenciada de fazer clínica, que não faz apenas para os outros, mas junto ao outro. No que tange à ideia de ampliação do objeto de trabalho, propomos considerar que, quando uma pessoa aciona uma ouvidoria, o que dispara é o universo em torno do adoecimento.

Para pensar numa possibilidade real de escuta, propõe-se situar a dimensão clínica, no sentido de que, nesse espaço, o profissional possa responsabilizar-se pela demanda de saúde que emerge e no sofrimento subjetivo que ali se manifesta. Sabemos que isso requer, para além de um coração inclinado a ouvir, uma experimentação de manejo clínico e de escuta qualificada que o profissional tem a potencialidade em desenvolver. O que se enfatiza aqui é o potencial explícito no ato do encontro entre sujeitos ativos, partícipes, protagonistas, cogestores.

Reconhece-se a complexidade desse debate para ouvidorias de saúde gerando um movimento de reflexão e análise das práticas que esbarram com

os aspectos funcionais de uma ouvidoria. Reconhece-se esse complicador, mas concomitantemente urge uma observação atenta ao que se oferta ao cidadão. Este precisa acreditar no potencial resolutivo das instituições públicas. Ser mais bem escutado nas mazelas e nos sintomas que fazem ecoar conflitos de processo de assistência da rede, é fundamental.

CONTRIBUIÇÕES DO FAZER DO PSICÓLOGO NAS OUVIDORIAS

Como pensar na escuta qualificada sem o fundamento do sigilo? Como não garantir o privatismo, se demanda tal particularidade? E o que fazer diante de pessoas que necessitam ser ouvidas para além das manifestações explícitas de problemas quanto à assistência e ao acesso à saúde?

Estas são questões que ganharam importância, pois a necessidade subjetiva é aqui compreendida como categoria inerente à satisfação que se torna essencial para a existência de alguém dando abertura a uma perspectiva de clínica sem *setting* padronizado. É claro que se subverte noções do trabalho clínico, embora se saiba que fazer “clínica ampliada” nas ouvidorias não é pretender fazer a clínica clássica do campo psicológico. Não iremos buscar origens etimológicas do termo clínica, mas à luz de Dutra (2004) ressaltamos a importância de fundamentos como: escuta; sofrimento psíquico e subjetividade.

No contexto das práticas de saúde, a relevância está em uma sistematização de conhecimentos que pode suscitar avanços na integralidade do cuidado. Porém, é conveniente lembrar que a psicologia clínica surgiu no contexto médico, replicando o modelo no qual cabe ao profissional praticar a observação, compreender e intervir, ou seja, remediar, tratar, curar, se configurando desta forma numa prática meramente higienista” (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007). Prática que contribuiu para que a clínica psicológica estivesse distante das questões sociais, próxima do intimismo, da realidade, porém vem sendo modificada em função de diferentes debates acadêmicos.

A partir de 1980, associado ao movimento de reforma psiquiátrica, houve um deslocamento do trabalho do psicólogo do âmbito clínico tradicional para o contexto público, sobretudo quando houve contratação massiva de psicólogos. Uma pesquisa realizada pelo CNES, já em 2006, contabilizava

14.407 psicólogos no SUS. Um em cada dez psicólogos trabalhavam no SUS (FERREIRA NETO, 2010). Alguns vêm apontando a importância da reconfiguração da psicologia em seu modelo de formação tradicional, e por consequência em sua atuação.

Conforme diz Benevides e Passos (2005), é preciso modos de intervir que promova uma experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente e está além dos enquadres clássicos. Assim, o modelo clássico estabelecido na década de 60, marcou além do currículo, o imaginário social e a figura do psicólogo que nasce no domínio do privado, a exemplo do que se pratica por meio de seu vocabulário, valores, critérios de normalidade, ética.

Entre os elementos de crítica à formação há ainda uma compreensão sobre seu caráter tecnicista e fragmentado, reproduzindo conhecimentos estrangeiros e com pouca fundamentação de discussão baseada no contexto brasileiro das práticas. Sendo importante destacar que as práticas clínicas na saúde mental gestadas no campo da saúde pública atualmente no Brasil, não mais reproduzem o modelo clássico de consultório, e desta forma vêm contribuindo para que os psicólogos possam desenvolver competências e habilidades que certamente não tiveram acesso durante sua formação acadêmica e criando espaços para discussão sobre o campo da Psicologia Clínica no Brasil (FERREIRA NETO, 2010).

O trabalho do psicólogo no campo da psicologia da saúde proporciona a não alienação do paciente no processo saúde-doença, permitindo que ele não seja retirado de seu ambiente social —fator determinante no processo de recuperação. E assim a Psicologia tem sua atuação com foco na atenção, na promoção de saúde, na prevenção e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, não mais atuando somente nos casos de doença (CFP, 2011).

Acentua-se a importância do repertório de saberes e práticas do psicólogo nas ouvidorias, fruto de um processo de mudança epistemológica, já que o psicólogo pode viver em sua práxis a genuinidade dos conceitos já esboçados aqui, fatores essenciais no enfrentamento do cuidado diante do processo saúde-doença. Complementa Angerami-Camon (2011):

Se considerarmos que somos constantemente chamados de sonhadores diante de nossas propostas de humanização da psicologia, então lhes faremos jus, pois ela é o maior sonho de todos aqueles que acreditavam que ainda a veriam comprometida com o homem enquanto ser humano e não a mero reducionismo teórico e científico (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 15).

Transpomos ainda a consideração de Simonetti (2008) que, embora debruçada numa experiência hospitalar, retrata a singularidade da conversa, quando esta se dá com um psicólogo, afirmando que o psicólogo deveria se orgulhar, quando ouve comentários a respeito de sua atuação do tipo: “ah, mas o psicólogo só conversa [...]”, uma vez que outros membros da equipe não foram treinados para atuar no campo das palavras, visto que o psicólogo é o especialista nesta demanda. E no momento em que paciente e psicólogo dialogam, o resultado é uma “porta de entrada” para um mundo de significados e sentidos (SIMONETTI, 2008).

Longe de perpetuar um debate da profissão como especialista sobre a palavra e sua escuta, até porque estaríamos perdendo a força do debate sobre a ampliação do espectro clínico. Queremos corroborar com a clínica enquanto *ethos* que se revela para além de espaços físicos, ou ideológicos.

Finalizando esta reflexão sobre as contribuições dos saberes psicológicos ao campo das práticas em saúde, Passos e Benevides (2000), confrontando noções de campo e clínica, defendem que toda a clínica é transdisciplinar. O que interessa na perspectiva de quem trabalha com os sujeitos humanos é reconhecer os modos de subjetivação, as circunstâncias nas quais estes se compuseram, ou seja, aprender a identificar, na escuta e no acolhimento, quais forças se atravessam e que efeitos estão se dando na vida concreta das pessoas.

Aprender a colocar em análise os funcionamentos da vida humana e seus efeitos; experimentar, ao invés de conjecturar. Trata-se da afirmação de um modo ético-político que permite ao trabalhador da saúde se ocupar dos maquinismos que insistem na produção de outros modos de existência. Um convite dos autores para esquecer-se de si e de sua história e encontrar-se na criação. Algo da clínica pode acontecer onde existem encontros de pessoas, em ambientes que possibilitam tais encontros, e que fazem irromper a força do desejo.

CONCLUSÃO

Foi possível retratar, ainda que embrionariamente, a realidade das ouvidorias como serviço de saúde com apoio de nosso diário profissional e tentando traduzir um pouco das experiências de pessoas e encontros. Estas experiências podem enriquecer os discursos e reflexões em outras rodas e debates, afirmando o potencial ativo de uma ouvidoria de saúde. Percorremos um pequeno caminho, mas que nos fez pensar a importância dos padrões de saúde estabelecidos para cada sociedade; o quanto modos de vida podem interferir na saúde e, assim, o quanto é necessário que as pessoas assumam atitudes mais ativas, de menos subordinação. Neste mesmo íterim foi possível também pensar os padrões que são reproduzidos pelos entes públicos, que também se tornam usuais e naturalizados, mas necessitam ser repensados, questionados.

O presente estudo oportunizou refletir sobre saberes e fazeres da psicologia clínica, e o que temos pesquisado mostra que fazer o que podemos, onde nos encontramos, também nos convida a criar, a abrir brechas, a produzir outras perspectivas e suportar desestabilizações. Muitas forças atravessam o cenário social; o importante é criar diante do instituído e cristalizado, um dos grandes desafios suplantados nesta proposta de estudo.

A partir da realidade vivida e pesquisada em torno de algumas memórias da atividade profissional torna-se possível afirmar: “Sim, cabe algo do trabalho clínico nas ouvidorias do SUS!”. Ativar o debate em torno da humanização do cuidado, da clínica ampliada e da democratização do acesso à saúde, na prática, é o que contribuiu para esta afirmativa e conclusão.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. (org.). **Psicologia da Saúde um novo significado para a prática clínica**. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais Interfaces? - **Revista Psicologia e Sociedade**, p. 21-25, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27040>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de Saúde - departamento de Psicologia - universidade Federal Fluminense, 2005. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Dtq6TH5LdJbFDPDwSxSmy6G/?lang=pt> . Acesso em: 08 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei

nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS**. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prêmio Sergio Arouca**: Experiências exitosas em Gestão participativa no SUS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Canais de comunicação do HumanizaSUS**. 1. ed. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: o que é como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas) Olga Vânia Matoso de Oliveira Consultora PNH/SAS/MS, Brasília, nov. 2010. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf. Acesso em: 06 set. 2021.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JÚNIOR, N.; CASTRO, C. P. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio Institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada Interface (Botucatu)**, v. 18, Supl 1, p. 983-95, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxgyjHpg9tJfGD5yVkk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2017.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>. Acesso em: 23 mar. 2018.

CENTRO DE EDUCACAO E ACESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Passo Fundo: Saluz. 2017. Disponível em: <https://rest.formacontrolesocial.org.br/materials/cartilha-ceap.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Senhoras e senhores gestores da saúde**: como a psicologia pode contribuir para o avanço do SUS. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

COSTA, A. G. da S. **Diário de Campo Profissional**. 2017.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da Psicologia Clínica na Contemporaneidade. **Estudo em Psicologia**. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/7dTyvpTbPQW9XfFsgk4shcn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2017.

FERREIRA NETO, J. L. **A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses**. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 30, n. 2, p. 390-403, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/JLZCLZb7xptjLFjtQPGL3mg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2018.

HAYEK, F. A. **Hayek on Hayek: An Autobiographical Dialogue**, London, Routledge. 1994.

LOPES, A. G.; JESUS FILHO, J. F.; MIALHE, L.; RINALDI, E. G. R. B. P. **Sistema Ouvidor SUS: Análise do Relatório Gerencial da Rede Municipal de São Paulo**. X CONSAD. 2017. Disponível em: http://consad.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Painel-33_03.pdf. Acesso em: 31 jul. 2017.

MARTINS, F. *Psicologia clínica e ética - Do objetivo deste trabalho: a íntima relação de fundação entre a psicologia clínica e a ética*. **Psicol. Cienc.** Vol. 9, Nº 2, Brasília, 1989. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/M3T4LL8ZGskXp8GxwYBvZPK/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2017.

MENDONÇA FILHO, M.; NOBRE, M. T. (orgs.) **Políticas e afetividade, Narrativas e Trajetórias de Pesquisa** (online) Salvador, EDUFBA, EDUFES, 2009. Disponível em: <http://www.edufba.ufba.br/2011/12/politica-e-afetividade-narrativas-e-trajetorias-de-pesquisa/>. Acesso em: 17 out. 2017.

MOREIRA, J. de O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. de O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online], v. 27, n. 4, p. 608-621, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004>. Acesso em: 10 set. 2021.

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online], v. 30, n. 2, p. 390-403, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200013>. Acesso em: 10 set. 2021.

ROMAGNOLI, R. C.; MOREIRA, J. O.; NEVES, E. O. O Surgimento da Clínica Psicológica: Da Prática Curativa aos Dispositivos de Promoção da Saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/BBv99MqzHbTRwVHprgvvR6P/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2017.

REIS, A. O.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, set-dez 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/L7dVsvCJpMJ4LXBBwx4XdGd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2017.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. da S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde Interface. **Comum Saúde Educ**, v. 13, Supl.1, p. 603-613, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cPzfFW5bmkpf9dSh7gyVwsf/?lang=pt>. Acesso em: 07 mar. 2018.

SILVA, R. de C. C. da. Possibilidades de atuação das ouvidorias públicas de saúde: um estudo de caso das demandas do Ministério Público em município de pequeno porte. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 60-76, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56623>. Acesso em: 23 mar. 2018.

SIMONETTI, A. **Manual da Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. 4. ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.



INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SUS DO ESPÍRITO SANTO: O PASSADO E O PRESENTE!

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino
Romildo Luiz Monteiro Andrade

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) propôs a violência como uma prioridade para a saúde, devido aos impactos sobre a saúde individual e coletiva, acarretando mortes prematuras, lesões, traumas físicos e mentais, comprometendo a qualidade de vida com repercussão familiar, social e econômica em todo mundo. A violência e suas consequências impõem novos problemas para o cuidado à saúde, todavia, sua inclusão na agenda na saúde pública enfrenta desafios que necessitam de superação das práticas vigentes com vista a uma abordagem holística a suas vítimas (MINAYO *et al.*, 2018). No Brasil, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), do Ministério da Saúde (MS), introduz a violência na pauta do setor saúde (BRASIL, 2001).

O Brasil é um desses países onde a violência exerce impacto significativo sobre o campo da saúde (MINAYO *et al.*, 2018). Esses autores inspiraram os autores deste trabalho a registrar as iniciativas institucionais no enfrentamento da violência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Espírito Santo, descrevendo as ações estruturantes desenvolvidas no período de 2001 a 2019. Esse ponto de corte decorre das alterações dinâmicas do setor frente ao enfrentamento à pandemia de Coronavírus. E, internamente, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) faz adesão do SUS-ES ao e-SUS-Vigilância em Saúde (e-SUS-X), mediante Portaria nº 001-R (ESPÍRITO SANTO, 2020d) como único Sistema Oficial de notificação compulsória estadual.

Buscou-se agregar os dados de memória da equipe no desenvolvimento da política no ES através de registros documentais, estudos e artigos regionais,

levantamento dos sistemas de informação em saúde, além do protagonismo dos autores na participação efetiva nas ações mencionadas. Finalizando, construiu-se o presente trabalho que traz considerações sobre avanços e limitações enfrentadas para inclusão da violência na agenda da saúde pública capixaba.

Embora a violência cause impactos sérios na mortalidade e até na morbidade, o fato é que ela não é doença para haver protocolos, medicamentos e exames para assegurar em laboratório sua ocorrência. A trajetória da violência entre os profissionais de saúde demandou e demanda ainda um processo de sensibilização e de desconstrução de crenças, como o de que violência é problema de segurança pública. A importância desse trabalho é exatamente deixar registrado o processo de trabalho estabelecido ao longo desses vinte anos da política nacional, para entender a dinâmica em que se encontra hoje o agravo no estado do Espírito Santo. Conhecer a história é parte da construção do futuro.

VIOLÊNCIA NO SUS/ES E OS MARCOS LEGAIS

O estado do Espírito Santo (ES) está localizado na Região Sudeste e encontra-se dividido em 78 municípios agregados em quatro regiões de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2011). Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o ES contava com 4.018.650 habitantes em 2019, sendo 50,77% do sexo feminino, com uma expectativa de vida de 75,27 anos para homens e 82,99 anos para as mulheres (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Baseado em estudos dos anos de 1980, 1991 e 2000, em 2004, o Saúde Brasil apontava o Espírito Santo como o estado com a pior cobertura de abastecimento de água da Região Sudeste (79%). Evidenciava, também, a desigual distribuição dos serviços de coleta de lixo entre os estados e as regiões do Brasil, apontando o Espírito Santo (76%) como o pior da Região Sudeste, e ainda, por dispor do pior acesso aos serviços de esgotamento sanitário da Região Sudeste (54,6%) (BRASIL, 2004c).

Uma vez que a violência é fruto da desigualdade social (MINAYO; SOUZA; ASSIS, 1990), ao tempo em que a produz, o Atlas da Violência⁹ construído pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), apontava o Espírito Santo em terceiro lugar entre os Estados do país, com uma taxa de homicídios de 49,08 por

100 mil habitantes, ficando atrás do Rio de Janeiro, com 51,43 e Pernambuco com 50,66 homicídios por 100 mil habitantes.

O aumento nas taxas de homicídios por 100 mil habitantes no país, entre 1980 e 2010, foi de 137,8%. No Espírito Santo, tal processo de violência letal se deu de forma ainda mais intensiva, em uma velocidade equivalente a quase duas vezes a nacional, tendo sido de 238,2% o aumento dos homicídios no estado. Assim, enquanto as taxas nacional e capixaba eram relativamente próximas em 1980 (15,1 e 11,7/100 mil hab., respectivamente), em 2010, as diferenças eram notáveis (27,8 e 51,0/100 mil hab., respectivamente). Com essa realidade, a partir de 1988, o Espírito Santo ingressou no grupo dos cinco estados mais violentos do país, de onde saíria apenas em 2013 (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

A implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 737, ocorreu em 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001). No entanto, só com a promulgação da Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004 é que o Espírito Santo introduz o tema na agenda da saúde. A portaria dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde por meio da implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência, Promoção da Saúde e Cultura de Paz em Estados e Municípios (BRASIL, 2004b). Segundo memórias dos autores-atores iniciantes da política no Espírito Santo, no nível federal, a política estava sendo conduzida na saúde mental, depois migrou para a vigilância em saúde. Ainda segundo os autores, em 2004, o Ministério da Saúde selecionou 228 municípios brasileiros com maior índice de violência, considerando os óbitos por homicídio/agressão, suicídio e acidente de transporte. Na sequência, fizeram uma provocação financeira na ordem de R\$ 40.000,00 para os municípios e R\$ 70.000,00 para os respectivos estados que apresentassem uma proposta de implantação dos núcleos conforme a portaria 936/2004 determinava (BRASIL, 2004b). Na listagem constavam os municípios: Serra, Cariacica e Vila Velha, que receberam os recursos, e não havia, por parte do MS, a cobrança pelo setor de condução da política, permitindo que se apropriassem da política em acordo às realidades locais. Até 2012, o financiamento ocorreu por editais de convocação federal, contemplando vários municípios, conforme o Quadro 01. Os recursos destinados ao enfrentamento da violência foram posteriormente

incorporados ao bloco da vigilância em saúde e distribuídos igualmente em todo o país, cabendo aos gestores locais a aplicabilidade em acordo aos planejamentos locais. Assim, de forma descentralizada e independente de política estadual, os municípios capixabas deram início ao enfrentamento da violência pelo setor saúde no Espírito Santo.

Paralelamente, entre 2010 e 2014, os investimentos feitos pelo governo estadual buscaram diminuir a desigualdade social, e observou-se a diminuição de 10,2% no número de homicídios no Espírito Santo. Nesse período, foram feitos substanciais investimentos no saneamento do sistema prisional e na implementação do Programa Estado Presente em Defesa da Vida, focado na diminuição das mortes violentas intencionais (CERQUEIRA *et al.*, 2020). Os autores usaram a metodologia do controle sintético, que permitiu verificar se a política pública desenvolvida pelo Estado impactou no número de homicídios. Os resultados indicaram que o número de homicídios aumentaria em 29% no período, se não fosse à política adotada para aquele período. Concluiu-se que cada real gasto gerou um ganho equivalente a R\$ 2,4 de bem-estar social. Esse valor foi obtido comparando-se os custos financeiros correspondentes à implantação da política com o valor estatístico das vidas poupadas, estimado no estudo.

Essa ação repercutiu no SUS/ES, que se guiava pelos marcos legais nacionais, acompanhando as ações do SUS federal, sobretudo embasados na Lei 8069/1990, (BRASIL, 1990) Estatuto da Criança e adolescente, a Lei 12.015/2009 (BRASIL, 2009) – crime hediondo e a Lei nº 13.010/2014 (BRASIL, 2014) culminando na “Linha do cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências”. Em 2004, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a), tendo como prioridade a assistência a mulheres e adolescentes expostas à violência.

O Ministério da Saúde produziu várias legislações, sobretudo para a violência sexual e recentemente, a Lei 13.431/2017 (BRASIL, 2017b) estabeleceu o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.

Minayo afirma que, no campo legal, o Brasil promoveu importantes avanços, como a promulgação da lei 10.778/2003 (BRASIL, 2003a) que determina

a notificação compulsória das violências contra a mulher em serviços sentinela; a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006); o decreto-lei 7958/2013 (BRASIL, 2013a) que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado e obrigatório às vítimas de violência sexual; a Lei 12.845/2013 (BRASIL, 2013b) — a lei do Minuto seguinte, a Lei do Feminicídio (BRASIL, 2005), entre os vários outros planos e programas que se seguiram. Somou-se a lei 13.427/2017, que inseriu o princípio da organização de atendimento público para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral no SUS (BRASIL, 2017a).

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003b) torna obrigatória a notificação de violência contra o idoso, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) cria normas para hospitais, clínicas e instituições de longa permanência a respeito da prevenção da violência.

A POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

A primeira iniciativa nacional em direção à violência no SUS partiu do programa de prevenção de acidentes e mortes no trânsito tendo como foco a assistência às vítimas de acidentes e violências (MINAYO *et al.*, 2018). Esse fato culminou com a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2003c).

Desde 2004, o Relatório Mundial da OMS sobre Prevenção de Lesões no Trânsito vem chamando a atenção para a epidemia de mortes nos países em desenvolvimento, sendo motociclistas, pedestres e ciclistas os mais vulneráveis (MINAYO; DESLANDES, 2007; WHO, 2004). Em 2009, na primeira conferência global sobre o assunto realizada em Moscou, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou a “Década de Ação pela Segurança no Trânsito”, tendo o Brasil assumido compromissos. Na segunda conferência global, em Brasília, ocorrida em 2015, observou-se que os resultados alcançados no período entre ambas as conferências estavam distantes das metas almejadas (PAVARINO, 2016). Como resposta, o Brasil desenvolveu o Programa Vida no Trânsito (PVT) em cinco capitais, coordenadas pelo MS. O objetivo era reduzir acidentes e atuar em fatores de risco como velocidade e uso de equipamentos de segurança. As ações foram monitoradas e avaliadas, mostrando que melhorou a qualidade das informações

sobre esses acidentes (MORAES NETO *et al.*, 2013). O PVT no ES ficou restrito apenas à capital Vitória.

Em 2005, o MS inicia o monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências, priorizando a estruturação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA). Implantada em 2006, a Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes tinha como objetivo conhecer a magnitude da violência a partir do atendimento pré-hospitalar e propor ações de prevenção e promoção da saúde articulando a vigilância à rede de atenção e proteção. O SUS-ES iniciou os registros de violência em 2008, na Região Sul. O sistema foi concebido com o nome Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA em dois componentes: os inquéritos periódicos (VIVA Inquérito) e a notificação de violências (VIVA Contínuo), que em 2009, foi incorporado à notificação compulsória de violências registradas no SINAN, passando a ser denominado VIVA Sinan Net (SILVA *et al.*, 2016). A Portaria nº 104/2011 (que 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), tornava obrigatória a notificação pelos serviços de saúde e a Portaria nº 1.271/2014 (que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências) coloca a violência sexual e a tentativa de suicídio como notificação compulsória imediata, ou seja, em até 24h deveria ser notificado à vigilância epidemiológica local. Foram realizadas edições do VIVA Inquérito em 2006, 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017. Os municípios Serra e Vitória, no Espírito Santo participaram de todas as edições do VIVA Inquérito, sendo que, também Vila Velha participou no último ano, tendo a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) presente em todos os inquéritos. Esse processo contava com a contratação de instituição de ensino superior da área da saúde para que os alunos fizessem a coleta dos dados em acordo ao inquérito e isso foi importantíssimo para introduzir o tema violência na formação dos alunos.

Na sequência, o MS promoveu alguns projetos em que a violência era um tema transversal como o HUMANIZASUS, o Centro Colaboradores, o

Superando Barreiras, o Elas para elas, entre outros desenvolvidos em parcerias com Universidades Federais de vários estados. O Espírito Santo recebeu apoio de todos eles e na política efetivamente, foi apoiado pela Fiocruz, como lembram os autores.

O ano de 2013 foi muito rico na produção de legislação, protocolos, normas técnicas e outros instrumentos norteadores para a violência sexual. Iniciando uma rede nacional de cuidados especiais para este tipo de agravo, o próprio MS, associado ao Ministério da Justiça e Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres produziu em 2014/2015, uma capacitação em nível nacional. Além disso, deu início à habilitação de serviços especializados para abortamento legal e coleta de vestígios da violência sexual, em hospitais universitários federal, com perspectivas de implantar uma cadeia de custódia em consonância ao Ministério da Justiça.

No Espírito Santo foram capacitados profissionais do Instituto Médico Legal e do Hospital das Clínicas de Vitória. Esse hospital, que na ocasião já contava com um programa de extensão universitária ambulatorial para atendimento a pessoas em situação de violência sexual, passa a incluir na grade hospitalar o abortamento legal nos casos previstos em lei. No projeto Superando Barreiras, o ES conseguiu capacitar e habilitar outro serviço de abortamento na Região Central, especificamente no Hospital São José em Colatina. Não ocorrendo o mesmo avanço quanto à coleta de vestígios da violência sexual e a implantação da cadeia de custódia.

Em 2013, um convênio de Cooperação Técnica entre o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o MS para o fortalecimento do SUS quanto ao enfrentamento da violência disponibilizou uma servidora da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz para compor, com dedicação exclusiva, a equipe da SESA. Tal fato intensificou a presença do Estado junto aos municípios ampliando a ação da política nas regiões de saúde. Naquele ano, as equipes de atenção e vigilância em saúde construíram uma proposta de capacitação da Linha de Cuidados às Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência e de forma interdisciplinar visitaram as regiões de saúde, posto que o indicador pactuado em nível nacional era aumentar em 20% o número de notificações ao ano.

Atuando intersetorialmente, a equipe da vigilância empregou a estratégia de ocupar todos os espaços para inserir as discussões da violência nos eventos

internos da SESA. Essa estratégia favoreceu a inserção do tema nas programações do planejamento do Plano Estadual de Saúde, na Pactuação Orçamentária e financeira e em especial na elaboração do Plano de enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs).

No plano externo, buscou-se visibilidade ao tema no setor saúde em eventos na Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), nos fóruns da secretaria de Segurança Pública, Direitos Humanos, Ministério Público e Tribunal de Justiça.

Conquistaram-se assentos no Conselho Estadual de Enfrentamento da Violência contra a Mulher (CEDIMES), na Câmara Técnica Estadual de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher, em fóruns de enfrentamento da violência contra a mulher do campo, da floresta e das águas, entre outros. A dimensão alcançada pelo tema destacava a importância do setor saúde para além do atendimento assistencial, vinculando a necessidade de cuidados às pessoas em situação de violência com ações complementares como responsabilização do agressor. Essa dinâmica e essa discussão junto às instâncias dos colegiados bipartite permitiram o fim do anonimato, legitimando de forma interdisciplinar e intersetorial as demandas relacionadas ao tema, como a prevenção, o cuidado e o enfrentamento da violência.

A partir de discussões com a Secretaria Estadual de Segurança Pública (SESP), foi promulgada a Portaria R-26 (ESPÍRITO SANTO, 2016) - legislação estadual interdisciplinar que trata do atendimento às mulheres vítimas de violência pela segurança pública, reforçando o encaminhamento das vítimas de violência sexual para o setor saúde em prazo exequível à tomada das medidas de redução de danos e a inclusão de profissionais da saúde a fazer parte do escopo de profissionais que capacitam os policiais no enfrentamento da violência.

Atuando junto ao CEDIMES e à Câmara Técnica, a equipe da vigilância contribuiu na produção dos instrumentos de gestão do Plano Estadual de Política para as Mulheres do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2019) e o Pacto Estadual de Enfrentamento da Violência contra a Mulher no Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2020c).

Outro campo de atuação da equipe de Vigilância em Saúde foi a busca contínua de qualificação dos dados, posto que os sistemas de informação oriundos das

SESP, de Assistência Social, de Educação e de Saúde não apresentavam similaridade. Diante deste cenário, buscou-se expandir a notificação para a Assistência Social e para a Educação. Considerando que aproximadamente 65% das notificações chegam pelo setor de urgência e emergência, a perspectiva dessa ação era de alcançar as possíveis vítimas para ofertar a Linha de Cuidados antecipadamente, além de trabalhar a prevenção e a promoção de comportamentos seguros.

Na sequência, a ideia era incorporar os dados dos parceiros para produzir um banco de dados padronizado, qualificado e robusto que pudesse subsidiar as políticas públicas nas várias áreas da rede de proteção e cuidados. A proposta elaborada foi apresentada como projeto e foi aprovada como Lei Estadual nº 11.147 de julho de 2020, a Lei do Cuidado (ESPÍRITO SANTO, 2020a). Esse instrumento torna obrigatória a notificação de violência nos mesmos moldes do SUS, inclusive no instrumento de coleta, encaminhamentos, população alvo, entre outros, para instituições de ensino, assistência social e saúde, públicos, privados ou filantrópicos no âmbito estadual.

MONITORAMENTO DAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS/ AUTOPROVOCADAS NO ESPÍRITO SANTO

Além da prevenção à violência, da promoção e atenção em saúde, a política prevê o monitoramento dos casos ocorridos a partir da vigilância epidemiológica visando conhecer em bases científicas, de forma padronizada e disciplinar, tipificando e identificando a natureza das violências que acometem o território. Mas a maior importância da notificação se dá devido ao fato de que a introdução da vítima em uma linha de cuidados se inicia por ela, que funciona como um comunicado à equipe de saúde do território de residência da vítima, que ela precisa de ajuda e já anuncia de que tipo de ajuda, a depender do que foi notificado.

Segundo o Boletim Epidemiológico (ESPÍRITO SANTO, 2019), de 2011 a 2019 ocorreu um aumento de 1.136,49 % no número de notificações de violência, partindo de 855/2011 para 10.572/2019 fichas, demonstrando uma média de crescimento de 142,06 % ao ano. O número de municípios notificantes aumentou em 254,54% no mesmo período. Se a função maior da ficha é a introdução da vítima nos cuidados em saúde, o município que mais notifica é, por consequência, o mais cuidadoso. Ao contrário, municípios silenciosos trazem consigo o fato de

que eles não têm uma linha de cuidados instalada, portanto a vítima encontra-se em maior risco, equiparado a uma violência institucional. O ES encerrou 2019 com seis municípios silenciosos (quadro 2).

Nesse período ocorreram 48.891 notificações de casos suspeitos ou confirmados de violência, resultando em um montante de 73.483 naturezas, sendo que a violência física sempre ocupou o primeiro lugar. Cerca de 80% das notificações são de pessoas do sexo feminino. Os dados demonstram, através dos resultados diferentes entre feminino e masculino, que a produção da violência sofre influência de gênero. A violência física ocorre em percentual maior entre o sexo masculino, desde as faixas etárias menores, no entanto, o número de mulheres atendidas por violência física foi maior em 2,74 vezes. A notificação de lesão autoprovocada ocupa a segunda posição, ocorrendo três vezes mais no sexo feminino. A violência psicológica acometeu 15,75% do sexo feminino contra 6,87% do masculino e a razão entre eles foi de 7,56% feminino para cada masculino atendido. O percentual de violência sexual atingiu 9,28% das meninas e mulheres, contra 4,03 dos meninos e homens, e a razão entre eles se mostrou 7,58% feminino a cada masculino notificado (tabela 1).

MORBIDADE E MORTALIDADE

A violência causa impacto na mortalidade e deixa sequelas transitórias, que podem levar às internações, ou permanentes, que levam as pessoas a se tornarem dependentes temporários, mas por longo tempo ou até eternamente. Tais situações são conhecidas como morbidade.

No período de estudo, ocorreram no Espírito Santo 211.568 internações por causas externas (acidentes e violências), com um aumento de 44,66 % no período e 33.653 óbitos por acidentes e violência, registrando uma queda de 15,23%. Os acidentes (V1-V99 e W00-X59) responderam por 80,99 % das internações hospitalares por causas externas e 31,58 % de óbitos por estas mesmas causas. As agressões (X85 -Y09) representaram 5,26% das internações e 39,18 % dos óbitos das mesmas causas. As lesões autoprovocadas (X60 - X84) provocaram 1,27% das internações e 5,21% dos óbitos desse grupo de causas. Os eventos cuja intenção é indeterminada (Y35-Y36) representaram 2,88 % das

internações e 5,38% dos óbitos por causas externas. Importante destacar que as complicações por assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84) responderam por 3,05 % das internações, ainda que 0,34% dos óbitos e das sequelas de causas externas (Y85-Y89) tenham respondido por 2,28 % das internações e 0,80 dos óbitos por causas externas (Quadro 3).

As taxas de mortalidade e morbidade de causas externas por 100 mil habitantes no Espírito Santo de 2011 a 2019 manteve uma constante: à medida que se aumentavam as internações, diminuíram-se os óbitos, sobretudo a partir de 2012. As taxas de mortalidade em 2012 batiam 111,65 e alcançaram em 2019 o valor de 82,17 óbitos a cada 100 mil habitantes. No mesmo período, a internação saiu de 519,86 para 654,47 internações por 100 mil habitantes (Gráfico 1).

ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL

Segundo Minayo *et al.* (2018), o crescimento das violências e dos acidentes forçou a ampliação das emergências na década de 1980 e a especialização das equipes para atender aos casos de vítimas de acidentes de transporte e de lesões por projéteis de arma de fogo. Na maioria das vezes essas ações provocam fraturas múltiplas, com ferimentos e lesões de vários órgãos.

A PNRMAV sinaliza que o atendimento pré-hospitalar é dimensão fundamental para a diminuição do tempo de resposta da urgência e emergência que impacta na internação, nas sequelas e nas mortes. A SESA-ES produziu, de forma interdisciplinar, as “Diretrizes do trauma” padronizando a atenção nos serviços de urgências, incluindo a “Nota recomendatória” sobre a violência.

As violências e os acidentes têm forçado o setor saúde a uma nova lógica de atendimento exigindo equipe interdisciplinar, articulada em rede, com as unidades do setor e com os serviços de outros setores da sociedade que também se ocupam do atendimento às vítimas. Esse movimento demandou cuidados de saúde diferenciados dos tradicionais, gerando necessidade de capacitação das equipes para atender às especificidades dos casos. Destaca-se que o crescimento da produção científica reflete o desenvolvimento do SUS no que tange às vítimas de violência (MINAYO *et al.*, 2018). O aspecto intersectorial é ainda um grande desafio para essa política e reflete a fragmentação dos saberes e das práticas do setor.

Em relação à reabilitação, no Espírito Santo, o Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES) através da Lei Complementar nº 407, passa a integrar a estrutura organizacional da SESA, subordinada à Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Gestão Hospitalar. O CREFES é referência estadual na concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, próteses auditivas e mamárias, na realização de Exame de Eletroneuromiografia, em Distonias e Espasticidades (Toxina Botulínica) e Medicina Física e Reabilitação. (Espírito Santo, sd). O CREFES é o único serviço de reabilitação para todo o Estado do Espírito Santo e conserva a mesma estrutura e maquinário da inauguração e as aposentadorias não encontram reposição de pessoal com a mesma qualificação e tempo de experiência.

Apesar da comoção gerada pela violência sexual, sobretudo em meninas, apenas três municípios da Grande Vitória: a capital, Vila Velha e Serra implantaram serviços ambulatoriais para atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e todas as violações de direitos das crianças e adolescentes.

Muitas parcerias foram estabelecidas para capacitar gestores e profissionais de saúde em nível nacional e no Espírito Santo. As principais parcerias realizadas foram: EAD pelo Telessaúde, cursos no formato presencial nos municípios e na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), além de propagar os cursos da UNASUS - AVASUS, FIOCRUZ e UFRGS, entre outros.

Todavia, o incentivo às atividades de capacitação que vem do início dos anos 2000 tem se rompido nos últimos anos, devido à redução do investimento no SUS e, particularmente, quanto às ações de enfrentamento à violência. No Espírito Santo as violências têm sido alvo de pesquisas estaduais, com publicações ocorridas pelas instituições de ensino superior locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de enfrentamento da violência pelo setor saúde no Espírito Santo acompanhou a dinâmica nacional e evoluiu muito no que diz respeito às notificações, qualificação da informação e das importantes parcerias realizadas na busca da formação de rede.

No entanto, quanto à atenção, ainda está muito aquém do desejado. Não há núcleo de prevenção da violência institucionalizado tal qual previsto na Portaria

936/2004 (BRASIL, 2004b), nem nível estadual ou municipal, nem entre os que foram financiados pelo MS. Também não há um núcleo acadêmico que construa junto aos núcleos da gestão, a melhoria da ação, embora a UFES disponha de um Laboratório de Estudo e Pesquisa em Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA) que tem funcionado como parte do que se espera de um núcleo acadêmico.

O fato de que o maior volume das notificações é oriundo dos serviços de urgência e emergência, demonstra uma baixa cobertura da Atenção Primária, principalmente na busca ativa das vítimas no território. Os municípios que mais se destacam no cuidado às pessoas em situação de violência, são exatamente aqueles em que a referência técnica de acidentes e violência dispõe de servidor de carreira, sensível ao tema e com estabilidade no exercício de sua função. Todavia, esta situação é pouco comum, pois, em virtude das constantes trocas de servidores, acarreta descontinuidade das ações e causa prejuízos enormes aos usuários do SUS. O prejuízo é extensivo à gestão, pois que o MS determinou valores consideráveis na tabela do SUS para financiar ações de serviços especializados para a violência sexual que exercem função nas 24h, sete dias por semana. As atividades de vigilância e atenção aos acidentes e violência demandam um perfil pessoal diferenciado, com sensibilização à causa e um saber específico, acumulatório, já que se trata de um agravo à saúde e não uma “doença”.

A violência não dispõe de protocolo único, exigindo do profissional compromisso, perspicácia e sensibilidade de buscar encontrar alternativas cada vez mais pautadas na interdisciplinaridade e na intersetorialidade para o cuidado individual e integral conforme cada caso. As vítimas de violência enfrentam dificuldade na obtenção da atenção integral no Estado devido à indisponibilidade de serviços especializados destinados a esse público. A situação é agravada nos casos com repercussão a saúde mental, e isso inviabiliza assistência integral, em especial nos casos de violência infantil, pois a escassez de serviços especializados dificulta a assistência destas vítimas.

No caso das violências sexuais, todos os serviços de urgência e emergência cumprem seu papel, mas nem todos os profissionais estão humanizadamente capacitados e pelas fichas se percebe que por vezes desconhecem os protocolos do SUS. Ambos os serviços habilitados para a interrupção da gravidez prevista em lei se limitam aos prazos protocolares do Ministério da Saúde. Há uma baixa divulgação

destes serviços nas redes de pré-natal, muitos ainda pensam que é necessário encaminhamento policial e há casos de objeção da consciência por motivos religiosos. Da mesma forma, a APS ainda não se apropriou dos conceitos da política para a implantação de ações de prevenção da violência e promoção da saúde voltados para a violência. Agrava-se a situação se a vítima de violência sexual for do sexo masculino, visto que não há serviços para esses casos. A mesma situação ocorre para os agressores, pois o SUS/ES não dispõe de serviços para essa atenção.

Um grande avanço foi a parceria entre os órgãos governamentais, SESA, SESP e Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (SEDH) para humanização do Espaço LILAS no Departamento Médico Legal, trazendo melhoria da atenção às meninas e mulheres em situação de violência. A SESP cedeu espaço exclusivo e os projetos de adequação ambiental, a SESA repassou cerca de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) de recursos próprios para a realização da obra e a SEDH, por meio da Subsecretaria de Política para as mulheres fez o repasse de mobiliário.

Outro bom resultado das várias inserções do SUS na intersectorialidade é a promulgação da Lei Estadual nº 11.147/2020 (ESPÍRITO SANTO, 2020a), que amplia a oferta do cuidado ao tornar obrigatória a notificação de violência ao SUS, pelos profissionais da saúde, educação e assistência social. Já ocorrem capacitações dos profissionais novos parceiros na notificação, bem como produzido fluxos de encaminhamento da ficha e da pessoa na linha de cuidados em todo território. Esse processo tem sido fortalecido pela presença da Defensoria Pública, Ministério Público e a sociedade civil organizada que impulsiona a ampliação das notificações até mesmo pelos sindicatos das produtoras rurais, grande ponto de encontro das mulheres do campo, da floresta e das águas.

Quanto ao banco de dados gerados pelas notificações, todos os esforços têm sido feitos para a qualificação da informação, buscando as devidas parcerias tanto na capacitação dos profissionais que notificam como daqueles que trabalham com o banco. Nos últimos três anos, a vigilância tem buscado unificar os bancos de dados de interesse da violência, sobretudo entre SESA e SESP para uma qualificação ainda maior nos dados oficiais do governo. Esse fato ficou mais evidente quando da publicação de portaria nacional determinando que as informações da ficha de notificação sejam encaminhadas à autoridade policial, com fins de responsabilização do agressor.

Essa determinação agride frontalmente a proposta de uso da informação das fichas, que é tão somente a oferta de cuidados às pessoas em sofrimento por violência citada política nacional e, por isso, intensifica-se a busca de um diálogo para o uso da tecnologia da informação na automatização da junção dos dados dentro da PRODEST, o órgão de processamentos de dados do Estado. Essa junção visa apenas obter uma melhor leitura de dados de ambas as pastas, qualificando a informação para as tomadas de decisão do governo do estado.

A reabilitação das pessoas em situação de violência é um problema, posto que ainda que elas ocorram, não há definições de referências e protocolos exclusivos para as cirurgias plásticas reparadoras, nem mesmo para as cirurgias crânio-maxilo-facial, e há apenas um centro de reabilitação física e motora com equipamentos muito antigos, obsoletos e mesma estruturação de sua inauguração na década de 80. A despeito dos avanços institucionais na abordagem ao tema, observa-se a necessidade de maiores investimentos quanto aos serviços de reabilitação e de cuidado para com a saúde, inclusive mental, das vítimas de violência, bem como a prevenção à violência e promoção da saúde pela atenção primária nos territórios.

Julga-se necessária a inclusão dos efeitos da violência à saúde como tema na formação acadêmica nas carreiras das áreas do setor saúde, a fim de garantir o compromisso necessário para o enfrentamento consistente ao tema ainda desconsiderado pelas várias áreas da saúde.

Por fim, atualmente, a equipe do MS tem apresentado uma dinâmica diferente para orientar aos Estados, em outra forma de funcionamento interno na gestão da Política Nacional, enfraquecendo, quando não extinguindo os laços de apoio de outrora. Some-se que no governo Temer, vários indicadores de saúde foram retirados da pactuação com estados e municípios, entre eles o indicador da violência, e isso enfraquece a negociação estadual com os municípios que já estão sobrecarregados.

Quanto à formação dos profissionais, muito tem sido feito para que o tema violência seja colocado ainda na graduação da área da saúde, e isso já se faz presente em algum grau, porém falta a institucionalização dentro da grade curricular.

Quanto ao atendimento pré-hospitalar, o ES prossegue na expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) para o interior do Estado, com cobertura de mais de 90% do território capixaba.

O Programa Vida no Trânsito está prejudicado pela falta de integração dos dados que dependem de acordos em nível estadual, detentores dos dados do Departamento de Trânsito (DETRAN), Boletim de Ocorrência de Trânsito da Polícia e até o banco de mortalidade do Sistema de Informação de Mortalidade do SUS. Também falta preenchimento correto das Autorização de Internação Hospitalar (AIH) identificando a causa base da internação, bem como falta padronização de notificação de acidentes de transporte terrestre nas unidades de saúde.

Salvo melhor juízo, o SUS continua sendo o único a apresentar uma política de cobertura nacional, de forma hierarquizada, inclusiva e colaborativa com banco de dados nacional, comparativo, com 20 anos de experiência, a todas as instituições de proteção e cuidados para o enfrentamento da violência nos territórios.

Vislumbram-se vários desafios para o Espírito Santo, que vão desde diminuir a desigualdade social e o Estado Presente tem feito muito para colocar a violência como pauta de gestão e não só da área técnica, situação que já se vislumbra na atual gestão. Além disso, é necessário organizar toda uma rede de atenção para a lógica da atenção interdisciplinar para o agravo violência e produzir trabalho em rede de forma efetiva entre saúde, assistência, educação, direitos humanos e segurança pública, a sensibilização dos servidores da ponta e produção de pesquisas que realmente alterem a realidade.

Por outro lado, é necessário a propositura de acordos em nível macro com Ministério Público, Tribunal de Justiça, legisladores e gestores para cumprimento de legislações que vão de encontro com a legislação do SUS, como, por exemplo, a lei que cria a Política Nacional de Autolesão, que determina aos profissionais da educação a notificar ao conselho tutelar os casos de autolesão/automutilação, cabendo a estes últimos notificar à saúde. Tal procedimento contraria as determinações do SUS para que em até 24h a notificação e a vítima de violência autoprovocada estejam inseridas na linha de cuidados em saúde mental. De sorte que o atual Secretário de Estado da Saúde colocou o tema violência em sua agenda diária, dialogando com os vários gestores e instituições parceiras para dirimir dificuldades na execução da Política Nacional em território capixaba. Serviços estão sendo preparados, profissionais capacitados e os fluxos e protocolos delineados. A permanecer nesta linha, a próxima década da Política Nacional será de colheita de frutos

de grande valia para toda a sociedade, quicá o estado seja modelo nacional no cuidado às pessoas em situação de violência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 7.958, de março de 2013. Estabelecem diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013a.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da violência**. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/2020>. Acesso em: 02 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014**. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. 2014.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privada. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003a.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei nº 12845, de março de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. 2013b.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015.

BRASIL. Lei nº 13.427 de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017a.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017b.

BRASIL. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006b.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Estatuto do Idoso**. Brasília: MS; 2003b. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: MS; 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: MS; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS Nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). **Diário Oficial da União**, 17 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS Nº 936 de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 364 p.

BRASIL. **Lei nº 12.015 de 07 de agosto de 2009**, Lei altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5ª da Constituição Federal. 2009.

CERQUEIRA, D. R. C.; NETO, D. R. S.; COELHO, D. S. C.; LINS, G. O. A. **Uma Avaliação de Impacto de Política de Segurança Pública**: o Programa Estado Presente do Espírito Santo, Brasília, fev. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Lei Estadual 11.147 de 07 de julho de 2020 – institui a notificação compulsória de violência pela saúde, assistência e educação. 2020a. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=398205>. Acesso em: 02 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Atendimento de Urgência ao Paciente Vítima de Trauma**. Diretrizes Clínicas, Nota Recomendatória. Espírito Santo: SESA, 2020b. p. 61. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Atendimento%20de%20Urg%C3%Aancia%20ao%20Paciente%20V%C3%ADtima%20de%20Trauma.pdf>. Acesso em: 02 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde: Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES), s/d. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/centro-de-reabilitacao-fisica-do-espírito-santo-crefes>. Acesso em: 02 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social (SESP). **Portaria nº 026-R, de 21 de outubro de 2016**. Padroniza atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica e familiar. Espírito Santo, 2016.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (SEDH). Subsecretaria de Política das Mulheres. **Plano Estadual de Política Para as Mulheres do Espírito Santo, institucionalizado pelo Decreto nº 4490-R**. Espírito Santo, 2019.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (SEDH). Subsecretaria de Política das Mulheres. **Pacto Estadual pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, institucionalizado pelo Decreto nº 4762-R**. Espírito Santo, 2020c.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde (SESA), Plano Diretor de Regionalização da Saúde. PDR-ES, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). **Portaria nº 001-R, de 02 de janeiro de 2020**. Institui o Sistema de Informação em Saúde E-SUS VIGILÂNCIA EM SAÚDE (E-SUS VS) como único Sistema Oficial para Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território do Espírito Santo. 2020d.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. DE; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: Avanços e desafios. **Cien Saude Colet** [internet], v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/institucionalizacao-do-tema-da-violencia-no-sus-avancos-e-desafios/16686?id=16686>. Acesso em: 02 set. 2021.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G. **Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde**. Rio de Janeiro: Panorama ENSP; 1990.

MORAES NETO, O. L.; SILVA, M. M. A.; LIMA, C. L.; MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. Grupo Técnico de Parceiros do Projeto Vida no Trânsito. Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2013.

PAVARINO, R. V. As Declarações de Moscou e Brasília sobre a segurança no trânsito – um paralelo entre dois momentos no tema da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 12, 2016, p. 3649-3660. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.15942016>. Acesso em: 02 set. 2021.

SILVA, M. M. A. *et al.* Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Assembly: Prevention of violence: public health priority (WHO 49, 25). Genève: WHO; 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Road Traffic Injury Prevention**. Genève: WHO; 2004.

ANEXOS

Quadro 01. Financiamento federal e municípios financiados para a redução de morbimortalidade por acidentes e violência, Espírito Santo- 2004 a 2012.

| ANO | EDITAL | PROJETOS | APROVAÇÃO |
|------|-----------|--|-----------|
| 2006 | 3 | NUCLEOS DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA | 78 |
| | 2 | Atividade física e alimentação saudável; | 132 |
| 2007 | 1 | NUCLEOS DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA | 129 |
| | 2 | Práticas corporais/atividade física. | 209 |
| 2008 | PORT. 79 | Ações prioritárias da PNPS. Indicador Pacto pela Saúde | 523 |
| 2009 | Port. 139 | Promoção da saúde em todas as ações prioritárias da PNPS | 1.369 |
| 2010 | Port. 184 | Promoção da saúde em todas as ações prioritárias da PNPS | 1.300 |
| 2011 | Port. 227 | Ações de vigilância, prevenção e redução das violências/acidentes, promoção da saúde e cultura de paz com critério de notificações | 581 |
| 2012 | Port. 227 | Ações de vigilância e prevenção de violências/acidentes e vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito e promoção da paz no trânsito. | 649 |

| Item | Município | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|------|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 | Cariacica | X | | X | | | X | | | X |
| 2 | Guarapari | | | | | | | | X | |
| 3 | Atílio Vivácqua | | | | | | | | X | |
| 4 | Castelo | | | | | X | | | | X |
| 5 | Colatina | | | X | | | | | | X |
| 6 | Linhares | | | | | | | X | | |
| 7 | São Mateus | | | | | | | | X | |
| 8 | Serra | X | | X | | | | | | |
| 9 | Vila Velha | X | | X | | | | | | |
| 10 | Vitória | | | X | | | | | X | X |
| 11 | Itaguaçu | | | | | | | | | X |
| 12 | Santa Maria de Jetibá | | | | | | | | | X |

Fonte: Ministério da Saúde.

Quadro 2. Evolução do número de municípios notificantes e de notificações de casos suspeitos e/ou confirmados de violência de residentes no Espírito Santo, 2011 a 2019.

| ANO | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Notificações | 855 | 1575 | 2800 | 4259 | 5132 | 6798 | 7351 | 9549 | 10572 |
| % Municípios notificantes | 28,2 | 47,4 | 71,8 | 80,8 | 78,2 | 91,0 | 92,3 | 94,9 | 92,3 |

Fonte: Ministério da Saúde/Sinan – Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Extraído em julho/2021.

Tabela 1. Registro dos casos suspeitos ou confirmados de violências notificadas no SUS do Espírito Santo de 2011 a 2019.

| Natureza da violência | SEXO | | | | Total | | Razão F/M |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| | Feminino | | Masculino | | N | % | |
| | N | % | N | % | | | |
| Física | 19.890 | 35,28 | 7.261 | 42,46 | 27.151 | 36,95 | 2,74 |
| Lesão autoprovocada | 10.581 | 18,77 | 3.524 | 20,61 | 14.105 | 19,19 | 3,00 |
| Outras | 8.864 | 15,72 | 2.721 | 15,91 | 11.585 | 15,77 | 3,26 |
| Psicológica/moral | 8.881 | 15,75 | 1.175 | 6,87 | 10.056 | 13,68 | 7,56 |
| Sexual | 5.233 | 9,28 | 690 | 4,03 | 5.923 | 8,06 | 7,58 |
| Negligência/abandono | 1.369 | 2,43 | 1.253 | 7,33 | 2.622 | 3,57 | 1,09 |
| Tortura | 906 | 1,61 | 207 | 1,21 | 1.113 | 1,51 | 4,38 |
| Financ./econômica | 559 | 0,99 | 105 | 0,61 | 664 | 0,90 | 5,32 |
| Trabalho infantil | 54 | 0,10 | 121 | 0,71 | 175 | 0,24 | 0,45 |
| intervenção legal | 45 | 0,08 | 44 | 0,26 | 89 | 0,12 | 1,02 |
| Total | 56.382 | 100,00 | 17.101 | 100,00 | 73.483 | 100,00 | 3,30 |

Fonte: Ministério da Saúde/Sinan – Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

Quadro 03. Morbimortalidade por causas externas e ano de residentes no Espírito Santo, 2011 a 2019.

| Causas Externas | ÓBITOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|
| | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Agressão/Homicídio | 1694 | 43,66 | 1704 | 41,81 | 1635 | 41,09 | 1626 | 40,66 | 1466 | 39,38 | 1280 | 36,72 | 1530 | 40,07 | 1160 | 34,09 | 1043 | 31,71 | 13138 | 39,04 |
| Acidentes de Transportes | 1163 | 29,97 | 1191 | 29,22 | 1119 | 28,12 | 1014 | 25,36 | 878 | 23,58 | 852 | 24,44 | 936 | 24,52 | 768 | 22,57 | 764 | 23,23 | 8685 | 25,81 |
| Queda | 393 | 10,13 | 464 | 11,38 | 489 | 12,29 | 523 | 13,08 | 526 | 14,13 | 551 | 15,81 | 596 | 15,61 | 576 | 16,93 | 520 | 15,81 | 4638 | 13,78 |
| Outros Acidentes | 143 | 3,69 | 160 | 3,93 | 211 | 5,30 | 259 | 6,48 | 258 | 6,93 | 208 | 5,97 | 213 | 5,58 | 215 | 6,32 | 274 | 8,33 | 1941 | 5,77 |
| Intenção é indeterminada | 138 | 3,56 | 168 | 4,12 | 165 | 4,15 | 200 | 5,00 | 216 | 5,80 | 257 | 7,37 | 146 | 3,82 | 265 | 7,79 | 231 | 7,02 | 1786 | 5,31 |
| Suicídio | 165 | 4,25 | 178 | 4,37 | 159 | 4,00 | 171 | 4,28 | 193 | 5,18 | 175 | 5,02 | 208 | 5,45 | 239 | 7,02 | 258 | 7,84 | 1746 | 5,19 |
| Afogamento | 143 | 3,69 | 167 | 4,10 | 138 | 3,47 | 140 | 3,50 | 137 | 3,68 | 103 | 2,95 | 104 | 2,72 | 114 | 3,35 | 135 | 4,10 | 1181 | 3,51 |
| Demais causas externas | 31 | 0,80 | 32 | 0,79 | 50 | 1,26 | 46 | 1,15 | 36 | 0,97 | 38 | 1,09 | 63 | 1,65 | 48 | 1,41 | 53 | 1,61 | 397 | 1,18 |
| Queimadura | 10 | 0,26 | 12 | 0,29 | 13 | 0,33 | 20 | 0,50 | 13 | 0,35 | 22 | 0,63 | 22 | 0,58 | 18 | 0,53 | 11 | 0,33 | 141 | 0,42 |
| Total | 3880 | 100 | 4076 | 100 | 3979 | 100 | 3999 | 100 | 3723 | 100 | 3486 | 100 | 3818 | 100 | 3403 | 100 | 3289 | 100 | 33653 | 100 |

| Grande Grup Causas | INTERNAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| W00-X59 Outras causas externas acident | 10091 | 55,70 | 10194 | 55,03 | 11789 | 54,64 | 12767 | 53,04 | 13442 | 52,30 | 13635 | 53,93 | 14951 | 56,65 | 15249 | 59,35 | 15945 | 60,84 | 118063 | 55,80 |
| V01-V99 Acidentes de transporte | 4423 | 24,41 | 4275 | 23,08 | 4978 | 23,07 | 5774 | 23,99 | 6563 | 25,53 | 6509 | 25,75 | 7037 | 26,67 | 6860 | 26,70 | 6873 | 26,22 | 53292 | 25,19 |
| X85-Y09 Agressões | 1046 | 5,77 | 990 | 5,34 | 1226 | 5,68 | 1513 | 6,29 | 1546 | 6,02 | 1310 | 5,18 | 1258 | 4,77 | 1137 | 4,43 | 1100 | 4,20 | 11126 | 5,26 |
| S-T Causas externas não classificadas | 962 | 5,31 | 1238 | 6,68 | 1532 | 7,10 | 1579 | 6,56 | 572 | 2,23 | 325 | 1,29 | 354 | 1,34 | 240 | 0,93 | 195 | 0,74 | 6997 | 3,31 |
| Y40-Y84 Complic assist médica e cirúrgica | 525 | 2,90 | 602 | 3,25 | 739 | 3,42 | 769 | 3,19 | 1009 | 3,93 | 820 | 3,24 | 820 | 3,11 | 745 | 2,90 | 659 | 2,51 | 6688 | 3,16 |
| Y10-Y34 intenção é indeterminada | 248 | 1,37 | 179 | 0,97 | 180 | 0,83 | 401 | 1,67 | 1084 | 4,22 | 1357 | 5,37 | 1145 | 4,34 | 791 | 3,08 | 767 | 2,93 | 6152 | 2,91 |
| Y85-Y89 Sequelas de causas externas | 381 | 2,10 | 634 | 3,42 | 620 | 2,87 | 764 | 3,17 | 815 | 3,17 | 789 | 3,12 | 399 | 1,51 | 246 | 0,96 | 263 | 1,00 | 4911 | 2,32 |
| X60-X84 Lesões autoprovocadas | 425 | 2,35 | 351 | 1,89 | 364 | 1,69 | 355 | 1,47 | 330 | 1,28 | 258 | 1,02 | 185 | 0,70 | 220 | 0,86 | 211 | 0,81 | 2699 | 1,28 |
| Y90-Y98 Outras causas | 16 | 0,09 | 61 | 0,33 | 148 | 0,69 | 145 | 0,60 | 340 | 1,32 | 277 | 1,10 | 239 | 0,91 | 204 | 0,79 | 193 | 0,74 | 1623 | 0,77 |
| Y35-Y36 Intervenções legais | 1 | 0,01 | - | - | 1 | 0,00 | 4 | 0,02 | 1 | 0,00 | 2 | 0,01 | 2 | 0,01 | 2 | 0,01 | 4 | 0,02 | 17 | 0,01 |
| Total | 18118 | 100,00 | 18524 | 100,00 | 21577 | 100,00 | 24071 | 100,00 | 25702 | 100,00 | 25282 | 100,00 | 26390 | 100,00 | 25694 | 100,00 | 26210 | 100,00 | 211568 | 100,00 |

Fonte: Ministério da Saúde; TABNET - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Gráfico 1. Evolução das taxas de mortalidade e morbidade (internação hospitalar) por 100 mil habitantes, residentes no Espírito Santo, 2011 a 2019.



Fonte: Ministério da Saúde: TABNET - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Agradecimento:

A Marcio Nunes Rodrigues, pela colaboração no estudo dos dados de notificação.



PROGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL (PAVÍVIS): HISTÓRICO E EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO PIONEIRO

Chiara Musso Ribeiro de Oliveira Souza
Alexsandra Martins Entringer
Izabella Cardoso Lara
Jacob Henrique da Silva Klippel

CONCEITO DE VIOLÊNCIA E CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como: “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG *et al.*, 2002). Assim, pode-se categorizar a violência em: física, sexual, psicológica/moral, negligência/abandono, tortura, financeira/econômica, tráfico de pessoas, trabalho infantil e intervenção legal.

A violência é considerada um dos principais problemas mundiais de saúde pública, configurando significativa causa de desestruturação familiar e pessoal. Da mesma forma, contribui para a perda de qualidade de vida, para o aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, causando grande impacto em termos de morbimortalidade (BRASIL, 2012).

A violência sexual refere-se à prática sexual sem consentimento. Segundo a OMS, isso inclui ações que vão desde assédio até penetração forçada, incluindo diversos tipos de coerção, como pressão social, intimidação e força física, bem como situações em que a pessoa é incapaz de dar consentimento, como, por exemplo, se intoxicada, drogada, dormindo ou caso seja mentalmente incapaz. Abrange, mas não se limita, a estupro dentro do casamento ou relações de namoro, estupro por conhecidos ou desconhecidos, assédio sexual, estupro sistemático, escravidão sexual, abuso sexual de pessoas com deficiências físicas ou mentais, assim como de crianças. A coerção pode

se caracterizar por uso de força, intimidação psicológica, chantagem, castigos (KRUG *et al.*, 2002; BASILE *et al.* 2014).

A violência sexual ocorre no mundo todo. Segundo a OMS, estima-se que cerca de 12 milhões de pessoas sejam vítimas de violência sexual a cada ano. O sexo feminino representa mais de 80% das vítimas de violência sexual, sendo que em mais de 80% dos casos o agressor é do sexo masculino. Quase uma em quatro mulheres podem vivenciar a violência perpetrada por um parceiro íntimo e quase um terço das adolescentes relatam que sua primeira experiência sexual foi forçada (KRUG *et al.*, 2002). Dados do Centro de Controle e Doenças (CDC) mostram que nos Estados Unidos da América cerca de 20% das mulheres já foram estupradas ao longo de suas vidas (BASILE *et al.*, 2014). No Brasil, a estimativa é de cerca de 500 mil casos de estupro ao ano (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Dentro do contexto jurídico, o Código Penal Brasileiro recebeu modificação pela Lei 12.015, de 12 de agosto de 2009, e todas as ações penais de natureza sexual passaram a ser denominadas como Crimes Contra a Dignidade Sexual. Entre as alterações mais relevantes, o atual artigo 213 tipifica por estupro qualquer ato sexual não consentido, praticado com uso de força física ou de grave ameaça contra pessoas tanto do sexo feminino, como masculino. Um novo artigo, 217-A, que trata de estupro de vulnerável, passa a tipificar como crime os atos sexuais contra crianças e adolescentes menores de 14 anos ou contra pessoas de qualquer idade que não possam oferecer resistência ou consentimento válido (BRASIL, 2009).

De acordo com o registro de morbidade do DATASUS, no período de 2011 a 2014 foram notificados 617.381 casos de violência no Brasil e 8.802 casos no Espírito Santo. Nesse período 518 casos foram notificados no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) com uma média de 129,5 casos notificados/ano. Dentre esses casos, dados do HUCAM de 2015 demonstram que houve uma maior prevalência do sexo feminino em todas as faixas etárias, a maioria envolveu crianças e adultos jovens com menos de 29 anos (88,4%), com maior prevalência entre 5 e 14 anos, sendo 84.6% compreendidos por mulheres (HUCAM, 2015).

A violência contra a mulher é uma das principais formas de violação de direitos humanos e a violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes (BRASIL, 2012). Diz-se persistente porque a violência sexual atravessa a história e sobrevive. Por um lado, na dimensão de

uma pandemia, atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico; por outro, na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal.

A violência doméstica, familiar e sexual ocorre em grande parte porque culturalmente estabeleceu-se a desigualdade de tratamento e de poder entre homens e mulheres. O ato está relacionado a fatores sociais, culturais e econômicos e, muitas vezes, sua ocorrência é favorecida por valores, ideologias e normas que a naturalizam. Intervêm nesses processos as relações estruturais, as iniquidades de gênero, os fatores individuais e as formas de compreensão da violência por parte da sociedade (ANDRADE, 2017; MENEZES, 2021).

A OMS reconhece múltiplos fatores que interferem em níveis individuais, comunitários e sociais, apontando fatores de risco para um homem cometer violência sexual: ser membro de gangues, uso de álcool, drogas, personalidade antissocial, violência parental, abuso físico ou sexual na infância, baixo nível educacional, desigualdade de gênero. O enfrentamento desse problema requer cooperação entre os setores de saúde, educação e justiça, intervindo em comunidades para modificar comportamentos de gênero e melhorando condições sociais e econômicas de mulheres (KRUG *et al.*, 2002).

A realidade brasileira em termos da situação de violência psicológica, física e sexual cresce a cada ano. A violência sexual repercute não somente na saúde física, pelo risco de aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), ocorrência de gestação indesejada, como também na saúde mental (CERQUEIRA; COELHO, 2014). As vítimas têm direito a assistência em saúde, sendo a violência sexual uma realidade de complexidade elevada, com importante ampliação do contato médico-paciente, preservação de identidade e sigilo médico, elaboração de prontuário médico detalhado e atendimento cuidadoso (MENEZES *et al.*, 2021). Nos casos de violência sexual, acrescentam-se as medidas legais imediatas, as medidas de profilaxia para IST e, além disso, nas mulheres, de condutas para profilaxia de gravidez e manejo dos casos de aborto legal. No Brasil, existem três formas legais de interrupção da gravidez, além daquela resultante de violência sexual, nos casos de fetos comprovadamente anencefálicos e no risco de vida à gestante (FEBRASGO, 2021).

Desde 2013, o Brasil tem a garantia por lei para o atendimento obrigatório e imediato no Sistema Único de Saúde (SUS) a pessoas em situação de violência sexual. Todos os hospitais da rede pública são obrigados a oferecer, de forma imediata: contracepção de emergência, diagnóstico e tratamento de lesões genitais, amparo médico, psicológico e social, profilaxia de IST (infecções sexualmente transmissíveis) não virais (cancro mole, clamídia, sífilis, tricomoníase) e virais (hepatite B, vírus da imunodeficiência humana – HIV) e acesso às informações sobre seus direitos legais e sobre os serviços sanitários disponíveis na rede pública. Idealmente, o atendimento deve ser realizado em até 72 horas, de modo a evitar danos futuros para a saúde da vítima. Também são regulamentados por lei a humanização e adequação dos serviços de saúde e dos institutos médicos legais (IML) à guarda das provas. Além disso, o Ministério da Saúde preconiza normas técnicas que orientam a atenção e atendimento no SUS (Sistema Único de Saúde) aos casos de violência sexual contra mulheres (BRASIL, 2012).

HISTÓRICO

Nesse cenário em que paira a violência sexual surge a necessidade de um centro de referência e assistência em saúde, bem como de apoio a esta população em situação de vulnerabilidade. Dessa forma surgiu o Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVÍVIS), criado a partir de um convênio de caráter técnico-operacional assinado em 1º de outubro de 1998 pela Secretaria do Estado de Segurança Pública (SESP), com a interveniência da Polícia Civil e do Departamento Médico Legal de Vitória (DML), assinado também pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), através do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HUCAM e, por fim, assinado igualmente pelo Ministério Público Estadual, por meio do Centro de Apoio da Infância e Juventude e o Centro de Apoio Criminal. Salienta-se que o PAVÍVIS surge na UFES como um projeto de extensão, cumprindo um dos papéis que a universidade propõe, juntamente com o ensino e a pesquisa, prestando à comunidade um serviço de extrema relevância.

Em 2001, o Governo Federal, por meio do Ministério de Ação Social, iniciou o programa Sentinela juntamente com as prefeituras. O Programa

Sentinela (BRASIL, 2001) tinha como objetivo o acompanhamento às vítimas de violência sexual crianças e adolescentes, assim como a criação de um plano de ação para trabalhar a questão da exploração sexual infantil, sendo solicitado pela prefeitura que o PAVÍVIS então assumisse esse papel na cidade de Vitória. Esse fato permitiu ampliar o número de profissionais contratados e que passavam por treinamento no programa. Dessa forma, o PAVÍVIS manteve seu funcionamento pela parceria entre o HUCAM/UFES, Ministério Público Estadual, através do Centro de Apoio à Infância e Juventude e do Centro de Apoio Criminal, Polícia Civil, DML de Vitória, passando por sucessivas renovações.

De outubro de 2008 a outubro de 2011 houve enorme dificuldade de contratação de pessoal, tendo o PAVÍVIS funcionado com apenas dois profissionais, embora fosse responsável por receber todas as vítimas de violência sexual do estado do Espírito Santo. Em meados de 2011, com a aposentadoria compulsória de uma das profissionais, assistente social que atuava no serviço desde a sua criação, os órgãos competentes foram acionados a fim de perceber a impossibilidade de continuar com qualquer tipo de atendimento com um só profissional, e o programa esteve prestes a fechar suas portas. Desde sua criação, até setembro de 2014, o PAVÍVIS atendia crianças, adolescentes e adultos; desde então passou a atender somente adolescentes e adultos.

Em audiência pública realizada na sede da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) em Vitória, as comissões de Saúde e Direitos Humanos da OAB e da Assembleia Legislativa assumiram o compromisso de não deixar o programa fechar, e em outubro de 2011 foi firmado um novo convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e o HUCAM, tendo sido mantidos dois servidores da SESA atuando no PAVÍVIS.

Em 2021, o programa conta com uma profissional (assistente social) cedida pela SESA, uma profissional (enfermeira) servidora da UFES e três professoras da UFES são responsáveis por atendimentos médicos e psicológicos, além de uma psicóloga voluntária e alunos de graduação em psicologia, medicina e serviço social extensionistas e estagiários. O PAVÍVIS mantém sua logomarca e identidade visual desde a sua criação em 1998, demonstrada na Figura 1.

No período compreendido entre 1998 e 2020, o PAVÍVIS atendeu 4.372 pacientes (Tabela 1), sendo 1.418 adultos (acima de 18 anos de idade), 2.933

crianças e adolescentes (até 18 anos incompletos) e 21 sem confirmação da idade. Do total de atendidos, 3.922 eram do gênero feminino e 450 do gênero masculino.

A missão do programa é garantir o atendimento integral em saúde, de média e alta complexidade a adolescentes e adultos em situação de violência sexual, encaminhados pela rede socioassistencial ou que procuram espontaneamente o serviço, contribuindo com a prevenção de doenças, prevenção de gravidez indesejada, a superação de traumas e interrupção da cadeia de violência, prestando assistência em saúde por meio de acompanhamento médico, psicológico, social e laboratorial, garantindo o acesso à medicação profilática de IST, à contracepção de emergência e à interrupção da gestação prevista em lei. Por fim, o PAVÍVIS responde ao setor judicial com relatórios, quando solicitado, e é uma das referências para o aborto legal no Espírito Santo.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

O PAVÍVIS oferece às pessoas expostas à violência sexual atendimento de emergência, estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxias das IST) e atendimento social, psicológico, médico e laboratorial. Outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado são considerados, respeitando os direitos dos usuários e atendendo suas necessidades. Nesse sentido, se torna fundamental a abordagem interdisciplinar.

A equipe técnica multidisciplinar inclui duas médicas ginecologistas e obstetras, médicos residentes, uma enfermeira, uma assistente social, duas psicólogas (uma voluntária e uma professora da UFES). Além disso, participam também alunos de graduação em medicina, psicologia e serviço social, como extensionistas e estagiários.

O PAVÍVIS funciona em sede própria anexa ao HUCAM e utiliza o ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, os laboratórios de Análises Clínicas e de Anatomia Patológica, o setor de radiologia e ultrassonografia e a maternidade do HUCAM. A equipe básica do programa atende na sede do PAVÍVIS, de segundas às sextas feiras, das oito horas da manhã às cinco horas da tarde. Já o atendimento de urgência e dos casos de aborto legal é realizado pela equipe de médicos ginecologistas e obstetras, residentes e internos plantonistas da

maternidade do HUCAM, responsáveis pelo fornecimento da medicação profilática de IST, contracepção de emergência e atendimento ginecológico, em caso de queixas e lesões corporais. Após o atendimento de urgência, a vítima é encaminhada para o PAVÍVIS, onde irá se proceder a sequência do atendimento social, psicoterapêutico e médico, monitoramento do uso das medicações profiláticas, realização de exames sequenciais de rastreio de IST, permanecendo em acompanhamento multiprofissional por cerca de seis meses.

Além disso, o HUCAM é um dos hospitais referência para o aborto legal no estado do Espírito Santo, sendo a equipe do PAVÍVIS responsável por avaliar os casos solicitantes e orientar a vítima e sua família. Após criteriosa avaliação, as vítimas são internadas e a equipe médica hospitalar assiste os casos de aborto legal.

Considerando a intersectorialidade entre as políticas de saúde e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), bem como as regras e as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde relacionadas ao atendimento da violência sexual e aos agravos decorrentes e à atenção humanizada em situações de abortamento em vigor, que orientam gestores e profissionais de saúde no sentido da organização de estratégias e ações em saúde, a equipe do PAVÍVIS atua em parceria com as Delegacias da Mulher, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos e Secretaria dos Direitos Humanos, com o intuito de fortalecer a Rede de Proteção às pessoas em situação de violência, visando a prevenção e o tratamento resultantes da violência sexual.

A proposta é fazer com que a pessoa em situação de violência sexual, subjugada por acontecimentos fora de sua escolha, seja bem recebida, criando assim uma relação de confiança que lhe permita crescer e aumentar sua autoestima abalada pela violência. A procura de torná-la protagonista de seu tratamento, evitando assim reforçar sua posição de submissão.

No que se refere às ações educativas e preventivas, os profissionais do PAVÍVIS realizam e participam de treinamentos, capacitações, seminários, fóruns e palestras para profissionais do HUCAM, bem como externamente, para profissionais de diversas áreas de atuação, grupos, faculdades e associações.

Membros do PAVÍVIS participam também do LAVISA (Laboratório de Estudos Sobre Violência, Saúde e Acidentes), grupo que desenvolve estudos e discussões, reflexões e produção científica na temática da violência.

PROTOSCOLOS DE ATENDIMENTO

Dada a elevada quantidade de pessoas atendidas pelo PAVÍVIS que necessitam de uma atenção médica especializada, surgiu a necessidade de o programa implementar protocolos de atendimento detalhados para que os diversos profissionais envolvidos na assistência às vítimas da violência sexual tivessem um modelo de atuação padronizado. Isso é importante para garantir um auxílio integral e sem disparidades entre cada paciente, tomando como modelo o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais, e o Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2017; MENEZES *et al.*, 2021).

Nas situações de violência sexual contra mulher com penetração vaginal, caso tenha ocorrido há menos de cinco dias é realizada a profilaxia da gravidez (Figura 3) através da contracepção de emergência, com utilização de antiemético e uma hora depois administração de levonorgestrel 1,5mg por via oral. Caso tenha ocorrido há mais de cinco dias a profilaxia não é indicada (BRASIL, 2012).

No primeiro contato, para profilaxia de infecção por HIV (Figura 4), deve-se verificar se houve exposição de risco para infecção pelo HIV, sendo que se essa não tiver ocorrido, a profilaxia não está indicada — por exemplo em casos de sexo sem penetração ou agressor com sorologia negativa atual conhecida. Caso essa exposição seja de risco, deve-se verificar o tempo transcorrido e, se maior que 72 horas, a profilaxia não está indicada; já em caso de exposição menor que 72 horas, deve-se aplicar teste rápido para HIV. Se o teste rápido for positivo, não está indicada a profilaxia, devendo seguir o protocolo do Ministério da Saúde para diagnóstico de infecção pelo HIV. Caso o teste rápido tenha resultado negativo, deve-se iniciar a profilaxia para o HIV, sendo, segundo o protocolo vigente, para maiores de 12 anos, tenofovir (300mg por dia), lamivudina (300mg por dia) e dolutegravir (50mg por dia) por 28 dias (MENEZES *et al.*, 2021).

Em caso de vítimas gestantes, o mesmo protocolo é aplicado, todavia a profilaxia é feita de acordo com base no tempo de gravidez. Até 14 semanas é utilizado tenofovir (300mg por dia), lamivudina (300mg por dia) e raltegravir (800mg por dia). Antes de 14 semanas é utilizado esquema de tenofovir (300mg por dia), lamivudina (300mg por dia) e atazanavir com ritonavir (MENEZES *et al.*, 2021).

Além disso, todos os casos de violência sexual recebem condutas direcionadas à profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis não virais (Figura 5) como a gonorreia, clamídiase, sífilis e tricomoníase. Em relação à sífilis, deve-se aplicar o teste rápido e, com base no seu resultado, conduzir para tratamento de sífilis latente tardia ou sífilis primária. Para profilaxia dessas doenças a vítima recebe as seguintes drogas: ceftriaxone e penicilina benzatina, por via intramuscular, azitromicina e metronidazol por via oral. Após o atendimento de urgência, seguem-se atendimentos ambulatoriais pela equipe multidisciplinar por até seis meses (MENEZES *et al.*, 2021).

O IMPACTO NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Embora atinja homens e mulheres, são elas as principais vítimas, em qualquer período de suas vidas (CEQUEIRA; COELHO, 2014). Dentre as mulheres, as mais jovens e as adolescentes apresentam risco mais elevado de sofrer esse tipo de agressão. Atende-se no PAVÍVIS tanto homens quanto mulheres, mas o número de pacientes do gênero feminino é anualmente bem maior, sendo em torno de 98% do público atendido pelo programa. Essas mulheres chegam ao programa após terem passado muitas vezes por outras instituições nas quais elas muito provavelmente nunca imaginaram que necessitariam pisar um dia, como delegacias de polícia e o DML, onde muitas vezes seu corpo novamente precisou ser exposto e tocado para obtenção de material para coleta de provas para responsabilização e punição prevista por lei do agressor autor da violência sexual.

Quando elas chegam ao HUCAM e procuram o PAVÍVIS, muitas vezes por meio de encaminhamentos de outras instituições ou demandas espontâneas elas não sabem ao certo o tipo de atenção que receberão, mas o programa está disponível com sua equipe para acolhê-las e oferecer todos os cuidados necessários, tanto os físicos, quanto os emocionais. naquele momento já não são

mais controláveis o medo, o receio e a vergonha da situação vivenciada, além das marcas da violência na alma. Ao ver-se muitas vezes sozinha, sem nenhum apoio, só aumenta o temor pelo que ainda possa vir, como uma doença de difícil tratamento e estigma social, ou uma gestação indesejada. O acolhimento nesse momento é de suma importância para redução das dores ocasionadas pelo conturbado trauma, para o reencontro consigo mesma iniciando o processo de superação pessoal e para perceber-se não mais sozinha na difícil situação que essas vítimas de violência estão inseridas.

Toda a equipe se dispõe a ouvi-las e acolher as informações trazidas para poder ofertar os cuidados e as orientações quanto aos seus direitos previstos por lei. O tom de voz e a postura dos profissionais envolvidos é extremamente importante nesse contexto, sendo bastante acolhedor, seguro e suave, contribuindo assim para uma resposta e um resultado mais positivos junto à paciente, bem como a construção de uma relação de confiança, intimidade e ajuda (BRASIL, 2012). Algumas mulheres se fecham ao diálogo, mas o silêncio como resposta também fala muito quando ele é bem interpretado. O silêncio é acolhido pela equipe, pois cada paciente tem seu tempo e espaço para processar toda a situação, e isso deve ser respeitado. Dessa forma, o acolhimento bem realizado é fundamental para a adesão ou não da paciente aos cuidados oferecidos pelo programa.

Dados estatísticos brasileiros e do PAVÍVIS mostram que cerca de metade das mulheres que sofrem violência sexual não procuram assistência médica (CERQUEIRA; COELHO, 2014; DELZIOVO *et al.*, 2018). Muitas mulheres quando sofrem a violência, se fecham em si mesmas, demorando a procurar ajuda ou nem a procurando, perdendo então a oportunidade de acessar as medicações profiláticas em tempo para evitar IST e a contracepção de emergência. O trauma da violência sexual altera a autopercepção, traz culpa, desejo de invisibilidade, sensação de não merecer cuidado, vergonha, negligência com o próprio corpo. A profunda desesperança e a autodepreciação que podem acometer essas mulheres costumam levá-las a um embotamento que dificulta a busca por ajuda em tempo hábil. A sociedade e as instituições, estruturadas pela cultura do estupro, buscam no crime em questão encontrar condutas entendidas como desviantes na sexualidade da mulher, para culpar a vítima. Considerando o trauma que interfere na autoimagem e a discriminação que a vítima sofre por parte dos aparelhos ideológicos repressivos,

a denúncia torna-se um ato desafiador e por vezes multiplicador da violência, isolando a vítima no silêncio que aparentemente dará fim àquela dor (VILLELA; LAGO, 2007; VERTAMATTI *et al.*, 2012; ANDRADE, 2017).

Diante de uma gestação decorrente de violência sexual, o PAVÍVIS orienta sobre as possibilidades de aborto legal ou de acompanhamento médico de pré-natal para a inserção da criança na família da paciente ou para entrega voluntária para adoção prevista no art. 19-A da Lei 8.069/90 (BRASIL, 1990). Durante o atendimento dessas mulheres, algumas afirmam que sentem como se seus corpos estivessem novamente sendo violados pelo ato de gestar e surgem muitas dúvidas quanto a manter ou não a gravidez, pois as lembranças da violência novamente se tornam latentes a todo momento. A decisão não é fácil, mas se faz necessária. A equipe apoia a decisão da paciente, dando condições técnicas, operacionais e legais para melhor resolutividade da situação. Ressalta-se que cada caso é único e recebe a assistência da equipe, considerando suas características peculiares (BRASIL, 2012).

O contato diário com as diversas histórias de vida, dores e alegrias trazidas pelas pacientes traz para a equipe um aprendizado contínuo, mas muitas vezes sofrido, pois como humanos há solidariedade e empatia para com o outro. Mas como resultado do trabalho e dedicação da equipe, a baixa autoestima e tristeza das mulheres atendidas, tão comum em sua chegada, torna-se mais distante na maioria delas ao longo de todo o acompanhamento. O que elas sofreram não é algo que elas vão esquecer, mas o objetivo é que aprendam a conviver com a lembrança severa do fato sem que essa as atralhe em seus novos caminhos, ao longo de suas vidas.

PERSPECTIVAS FUTURAS

O atendimento às vítimas e o enfrentamento à violência sexual exigem compreensão, conhecimento e comprometimento. É importante a percepção de que o PAVÍVIS possui extrema importância para a sociedade capixaba, sendo responsável pelo acolhimento, amparo e recuperação de pessoas vítimas de violência sexual, além de contribuir para a formação e capacitação de alunos e profissionais, sendo, dessa forma, um programa com papel relevante na educação e na saúde públicas.

O enfrentamento da violência sexual requer a participação de órgãos das áreas de saúde, educação, trabalho, segurança pública, justiça e de direitos humanos, e exige políticas públicas intersetoriais e ações integradas do Estado e da sociedade em geral. Assim, necessitamos de ações mais urgentes, eficazes e articuladas, juntamente com o compromisso ético e profissional dos atores sociais dos diversos segmentos envolvidos neste processo.

Considerando-se a totalidade dos profissionais do SUS, o questionamento sobre a cobertura de qualificação para a atenção à violência sexual é inevitável. Mostra-se necessário que o Ministério da Saúde desenvolva, em parceria com as secretarias estaduais de saúde e de segurança pública e com instituições de ensino superior, estratégias e metodologias de ensino capazes de comprometer e preparar profissionais de saúde nos diversos níveis de complexidade para o atendimento à violência sexual contra mulheres em todas as regiões de saúde do país.

A população precisa conhecer o papel do setor saúde na assistência aos casos de violência, em especial na violência sexual. E o setor saúde precisa se capacitar e se envolver mais. A violência sexual cometida contra mulheres no Brasil ainda é uma cruel realidade a ser enfrentada, seja por intermédio das ações de prevenção, seja por meio do atendimento, do enfrentamento, da responsabilização e do acompanhamento de vítimas e agressores.

Consideramos que a divulgação através de campanhas em rádios, jornais, TV, cartazes em unidades de saúde, sobre a importância de buscar ajuda de profissionais de saúde nos casos de violência sexual é uma boa estratégia. Capacitar as equipes de saúde da família e de prontos atendimentos para acolher e conduzir os casos também se faz necessário. A assistência remota via tele saúde, é uma realidade em tempos de pandemia e deve ser implementada.

Quanto ao impacto na formação acadêmica, tem-se que para alunos de graduação e médicos residentes é de extrema valia a atuação no ambiente do PAVÍVIS, na qual conseguem ampliar sua experiência teórica e prática, uma vez que a matriz curricular brasileira não contempla de forma tão abrangente e completa o tema violência sexual.

Acredita-se que os profissionais de saúde, em geral, em sua formação, não recebem adequado conhecimento e treinamento para abordar a violência de gênero e a violência sexual. O setor saúde ainda encara o tema como questão de

cunho policial, o que provoca certa paralisia pelo temor de envolvimento com a justiça. Além disso, prevalecem estereótipos e mitos que comprometem aspectos técnicos e éticos do atendimento.

O PAVÍVIS, além do papel de extensão no âmbito da UFES e da comunidade, é campo rico para a pesquisa. Salienta-se que a violência sexual faz parte da agenda de pesquisa no Brasil e da OMS. Assim sendo, é um programa extremamente importante no âmbito educacional para os universitários que participam da sua equipe de trabalho.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. P. **Violência sexual contra mulheres**: aspecto médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento. 2. ed. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.

BASILE, K. C. *et al.* Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0. **Atlanta (GA)**: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2014.

BRASIL. **Lei n. 12.015, de 7 de ago. de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores, Brasília, DF, ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Gabinete da Secretária de Estado. **Portaria n° 878, de 01 de dezembro de 2001**. Estabelece diretrizes e normas do Programa Sentinela e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

BRASIL. **Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações **Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). **Nota técnica**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), mar 2014.

DELZIOVO, C. R. *et al.* Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 5, 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais**. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 69/Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei).

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES (HUCAM). **Cadernos de Informes Epidemiológicos do HUCAM/Serviço de Epidemiologia Hospitalar**. Vitória, v.1. n.1, jan./dez. 2015.

KRUG, E. G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva, Organização Mundial da Saúde, 2002.

MENEZES, M. L. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: violência sexual. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 30, n. spe1, 2021.

SOUZA, F. B. C. *et al.* Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução & Climatério**. 2012.

VERTAMATTI, M. A. F. *et al.* **Factors Associated to Time of Arrival at the Health Service after Sexual Violence**. Healthmed. 2012.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 23, n. 2, pp. 471-475, 2007.

ANEXOS

Figura 1. Logomarca do PAVÍVIS (HUCAM, 2021).



Tabela 1. Informações referentes aos atendimentos de 1998 a 2020 no PAVÍVIS (Vitória, 2021).

| Variáveis | | Pacientes | |
|----------------|--------------------------|-------------|------------|
| | | Contagem | % |
| Sexo | Feminino | 3922 | 89,71 |
| | Masculino | 450 | 10,29 |
| Grupos etários | Adultos | 1418 | 32,43 |
| | Crianças e adolescentes | 2933 | 67,09 |
| | Sem confirmação de idade | 21 | 0,48 |
| Total | | 4372 | 100 |

Figura 2. Fluxograma de profilaxia da gravidez utilizado no PAVÍVIS (Vitória, 2021).

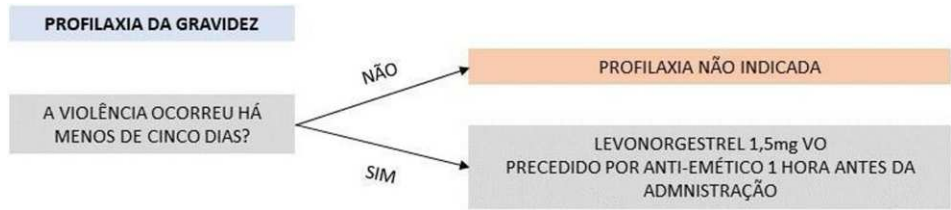
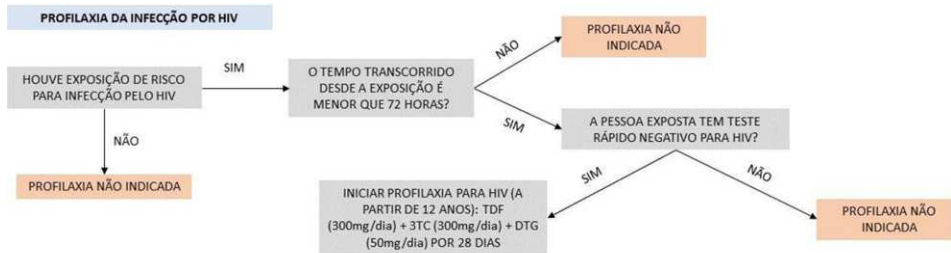


Figura 3. Fluxograma de profilaxia da infecção por HIV utilizado no PAVÍVIS (Vitória, 2021).

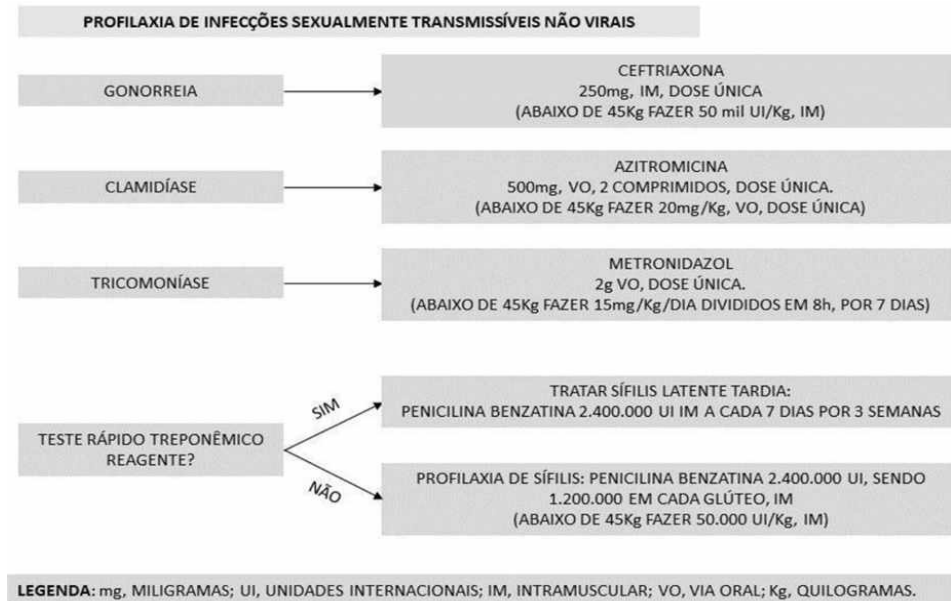


OBSERVAÇÕES

GESTANTES: TDF (300mg/dia) + 3TC (300mg/dia) + RAL (800mg/dia) (RAL A PARTIR DE 14 SEMANAS; ANTES DE 14 SEMANAS FAZER ATV/r)
 O DTG NÃO É RECOMENDADO PARA USUÁRIOS DE FENITÍNA, FENOBARBITAL, OXICARBAMAZEPINA, CARBAMAZEPINA, DOFETILIDA E PILSICAINILDA. Nesses casos usar ATV/r.
 O DTG AUMENTA A CONCENTRAÇÃO PLASMÁTICA DE METFORMINA

LEGENDA: TDF, TENOFOVIR; 3TC, LAMIVUDINA; DTG, DOLUTEGRAVIR; RAL, RALTEGRAVIR; ATV/r, ATAZANAVIR COM RITONAVIR; mg, MILIGRAMAS; VO, VIA ORAL.

Figura 4. Fluxograma de profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis não virais utilizado no PAVÍVIS (Vitória, 2021).





VER, SENTIR E CUIDAR: AUTOMUTILAÇÃO COMO PEDIDO DE SOCORRO

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino
Eliana Bravim

CONTEXTUALIZAÇÃO

A escola, base deste relato, está situada em um bairro periférico de Cariacica e, como tal, apresenta situações que chamaram atenção ao iniciar o trabalho em janeiro de 2018. No início das aulas percebeu-se grande dificuldade entre os estudantes e suas famílias, seja na questão econômica, cultural, emocional ou acadêmica, diante da baixa escolaridade dos componentes familiares, o que impactava nas expectativas estudantis dos alunos. Os bairros vizinhos, dos quais originam a maioria dos estudantes da referida escola, são caracterizados como bairros carentes e há relatos de grande incidência de criminalidades relacionadas às drogas. No levantamento realizado para o projeto, foi identificado que a grande maioria dos estudantes nunca tinham ido ao teatro ou a outros locais culturais e tinham baixa expectativa de prosseguir seu desenvolvimento na vida acadêmica.

Todo este contexto indicava que era preciso elaborar um plano de Intervenção que pudesse oportunizar aos estudantes mais do que conteúdos escolares, mas também ampliar seus horizontes com uma visão melhor de mundo. Desde o início de 2018, percebia-se com muita intensidade uma situação problema alarmante quanto ao número expressivo de adolescentes que deliberavam a si mesmos a violência autoprovocada, autolesão, somando 32 adolescentes, sendo 26 meninas e seis meninos.

Segundo Silva e Botti (2017), o comportamento autolesivo deliberado é caracterizado pelo comportamento de autodano intencional e sem intenção consciente de suicídio. Permeia todo ciclo vital, sendo mais prevalente na adolescência, principalmente no sexo feminino. O fenômeno está relacionado com mecanismos adaptativos mal elaborados e outras circunstâncias de vida.

Os fatores comumente relacionados ao comportamento se dividem em fatores demográficos, sociais e familiares, desordens psiquiátricas, características psicológicas, aspectos neurobiológicos, genéticos e situacionais.

Para o SUS, a violência autoprovocada/autoinfligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios. Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no Viva, requer ações de atenção integral em saúde (BRASIL, 2016).

Com este conceito inicia-se a busca pelo entendimento da situação apresentada pelos alunos da escola. Identificou-se que a maioria dos casos era de automutilação sem vinculação com tentativas de suicídio. Embora dois casos estivessem vinculados a tentativas anteriores de suicídio ou falas suicidas. Os demais tinham a intenção de demonstrar as dores emocionais com as quais não estavam conseguindo lidar e, conseqüentemente, impactavam em seu convívio social e em seu desempenho escolar, o que certamente resultaria na reprovação e/ou evasão escolar.

Na abordagem aos adolescentes automutilados na escola era nítida a questão da má adaptação às circunstâncias da vida, além de carências afetivas, conforme pode ser observado no relato de uma mãe, a seguir:

[...] fiquei sabendo por meio da escola que meu filho estava se automutilando, a escola me ligou e me convidou a uma reunião particular com a pedagoga.

Lá ela me disse o que estava acontecendo e também me perguntou se estava acontecendo alguma coisa familiar, por ele ter mudado o comportamento, disse pra ela que não estava acontecendo nada, que o meu filho estava se comportando normalmente, em casa e na igreja em relação aos outros colegas e familiares. Mas eu fiquei muito preocupada com tudo que estava acontecendo, porque meu filho sempre se abriu muito comigo e dessa vez não sabia o que estava acontecendo, tentei por várias vezes conversar com ele sobre o assunto e tentar descobrir o porquê dessa mutilação, e percebi que ele estava sendo influenciado de alguma forma por uma garota da qual ele gostava, descobri também que ela também fazia isso se mutilava. Ele me disse que ela nunca pediu pra ele fazer isso, mas dizia que ele sentia um alívio quando fazia isso com ela.

Assim, era evidente que os estudantes cometiam violência autoprovocada e por vezes não sabiam explicar o que os levava a esse comportamento. Só passaram a entender melhor a si mesmos e seus comportamentos autolesivos com o andamento do projeto, com as intervenções e oportunidades de discutir suas carências e dores emocionais, o que impactou diretamente na melhoria do desempenho escolar, reduzindo a evasão e ampliando as perspectivas de futuro, inclusive sobre o ingresso na graduação.

Nas discussões/conversas com os estudantes, identificamos alguns fatores que podiam ser as causas dos comportamentos autolesivos, tais como abandono afetivo do pai, dificuldade de assumir a sexualidade diante da família, doutrinas religiosas, disputa de atenção entre irmãos. Essas causas foram mais aprofundadas e trabalhadas com os adolescentes nos momentos com o psicólogo após o encaminhamento à unidade de saúde do bairro.

Nas conversas com os estudantes e seus familiares, foram observadas diferentes formas de automutilação, tais como mordidas na mão; cortes com lâmina nos antebraços, na barriga, nas coxas; colocação da mão em formigueiro; projeção de desodorante aerossol contra o próprio nariz. Os adolescentes se automutilavam de maneiras diferentes, mas tinham algo em comum que era o completo abandono de si dentro da ciranda de problemas que nem sequer eram deles pessoalmente, e que por si só não encontravam alternativas. Na discussão entendeu-se que a situação-problema desse trabalho já era fato real para os professores, mas a periculosidade dos bairros vizinhos e a presença marcante de “profissionais” do tráfico de drogas ao redor dos alunos, produziam nos professores a inércia ao ignorar o assunto.

Mediante esse diagnóstico, a escola buscou a equipe da saúde para verificar uma forma de ajudar às vítimas dentro de algum programa de saúde mental. A escola foi orientada a participar de uma capacitação sobre a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (2005), que visava o trabalho articulado em rede entre os vários serviços de atenção, proteção e cuidados como forma de garantir a atenção integral às pessoas em situação de violência e se apropriar das propostas nacionais que se apresentavam no enfrentamento da violência. Tal capacitação já era produzida pelo SUS em um formato de rede de atenção que se iniciava a partir dos profissionais da saúde, mas que incluíam

outros profissionais, como os da educação, da assistência social e dos conselhos, apontando que a melhor alternativa estava na junção dos conhecimentos e das forças de trabalho diretamente ligadas ao território de residência da pessoa em situação de violência.

Voltando da capacitação, foi elaborado um projeto de forma a demonstrar para os estudantes a preocupação da equipe com aquela situação e de colocar-se em parceria com eles, quebrando a barreira do silêncio, para identificar as causas e construir de forma coletiva as possíveis soluções.

Como metodologia de trabalho usou-se a Pesquisa-Ação, como participante deste contexto, a estratégia metodológica seria a intervenção padronizada em toda a escola, fazendo junto o mesmo movimento com toda Equipe Escolar. As ações basearam-se na pesquisa/diagnóstico/análise do contexto e, em um processo contínuo, passando a intervir e analisar a realidade como um ciclo de melhoria contínua, com foco na superação e na mudança da realidade observada. Entende-se a escola como um ambiente de identificação de violências e, como tal, não se pode calar diante do conjunto de casos observados. Entende-se ainda que a educação é um direito fundamental garantido na Constituição Federal e que por isso a equipe escolar precisa demonstrar continuamente que desprende esforços para garantia deste direito (BRASIL, 1988).

O Estatuto da Criança e Adolescente tem como um de seus pilares a proteção integral, na qual crianças e adolescentes são vistos como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento e com prioridade absoluta para isso. Os esforços da rede de proteção e cuidados, que é composta pelo conselho tutelar, vara da infância e juventude, assistência social e até a saúde, entre outros precisam ser mobilizados fazendo chegar à criança e ao adolescente o suporte que precisa (BRASIL, 1990).

No Brasil, o modelo de atenção à saúde mental, antes centrado em internações em hospitais psiquiátricos, foi redirecionado para serviços comunitários de saúde mental, de forma a se promover a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais. A partir disso, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde, com os objetivos de ampliar o acesso à atenção psicossocial, articular ações entre os serviços e ações intersetoriais, regular e organizar as demandas e fluxos de assistência, a RAPS

propõe a qualificação do cuidado, por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo, considerando os diferentes níveis de complexidade de cada caso, bem como os grupos em situação de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2017).

Entre as estratégias de prevenção ao suicídio do Ministério da Saúde estão as relacionadas aos sistemas de informação em saúde, incluindo a coleta e análise de dados sobre tentativa de suicídio e óbito por suicídio. A portaria GM/MS Nº 1271/2014 torna obrigatório a profissionais do SUS e parcerias com as instituições de ensino e assistência social fazerem com que a notificação de violência autoprovocada chegue à vigilância epidemiológica em até 24h do fato ou da ciência do mesmo (BRASIL, 2014). Após orientação, a equipe da escola procedeu à notificação de violência ao sistema SUS para o seguimento da atenção pela rede de saúde que, nos casos desta escola, foi atendida pelo programa de saúde mental da Unidade de Saúde, além do Conselho Tutelar de Belo Aurora, em Cariacica/ES.

Assim surgiu o Projeto Ver, Sentir e Cuidar: automutilação como pedido de socorro.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

A proposta visava reduzir o quantitativo de estudantes que cometiam automutilação, intervindo junto aos adolescentes, identificando suas necessidades e ofertando suporte para superação de suas dores emocionais com vistas a impactar nos cuidados com seu corpo e conseqüentemente no seu desempenho escolar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

As expectativas como objetivos específicos se pautavam em:

- a) estabelecer parcerias com órgãos que compõem a Rede de Proteção e Cuidados às Crianças e Adolescentes, buscando estratégias de apoio à equipe escolar e aos estudantes;
- b) envolver a família, corresponsabilizando-as na busca de suporte e acompanhamento dos estudantes;

- c) oportunizar situações pedagógicas direcionadas para desenvolvimento de competências socioemocionais, melhorando o processo de ensino-aprendizagem, e impactando na redução da evasão escolar.

DESENVOLVIMENTO

Ao iniciar o trabalho pedagógico nessa unidade escolar em Cariacica, observou-se o comportamento autolesivo de um determinado grupo de alunos. Essa observação incomodou enormemente quando se contabilizou o número de estudantes ao registrar em ata a cada abordagem e acolhimento feito. O número só crescia. As conversas avançaram para reuniões com familiares, alguns dos quais desconheciam o comportamento dos filhos, enquanto outros entendiam como “modinha” ou como ato incitado por jogo nas redes sociais.

Com os relatos dos estudantes, identificou-se que não eram comportamentos autolesivos por “modinhas” nem por jogos de redes sociais, mas sim por dores emocionais que não conseguiam (sozinhos) suportar ou superar, e que interferiam em seus desempenhos escolares e, por isso, projetavam-nas em seus corpos. Esse grupo de alunos apresentava dificuldade de socialização, baixa adesão às atividades escolares, com conseqüente baixo rendimento apontado nas notas das avaliações que apontavam para uma reprovação.

Durante o mês de maio de 2018, a equipe docente foi desafiada a estudar e a pensar juntos em ações de intervenção trazendo para o campo pedagógico a necessidade de planejamento de atividades com as competências socioemocionais de forma que os estudantes pudessem discutir e entender as dores emocionais que vinham passando e quais as alternativas de resolução de seus conflitos podiam ser tomadas que não fossem a autolesão.

À equipe escolar também foi apresentado o conceito de automutilação na adolescência, e foi compartilhado um site de consulta para que todos da equipe pudessem usar as ferramentas tecnológicas para sua própria formação continuada diante de uma situação problema real vivenciada pela equipe e que necessitava de intervenção. A equipe aceitou o desafio e a grande maioria fez o curso de Resolução de Conflitos (DUARTE, 2015) ofertado pelo Instituto Natura (Comunidade de Aprendizagem), na modalidade EaD, apropriando-se de técnicas eficazes à situação problema apresentada.

O trabalho com as competências socioemocionais — que ultrapassam a dimensão cognitiva e envolvem de forma muito mais profunda o lado emocional e psicológico do ser humano, mostrando-se cada vez mais importantes na construção de um cidadão responsável e capaz de exercer um papel ativo na sociedade — foi baseado na matriz das competências da BNCC – Base Nacional Comum Curricular – aplicadas pela SEDU – Secretaria Estadual de Educação (ESPÍRITO SANTO, 2021). A análise desta matriz foi realizada em planejamentos coletivos e gerou na equipe um grande desafio de ultrapassar o campo conteudinal para outros campos do trabalho docente.

A matriz socioemocional está organizada em diferentes campos, trabalhados por meio de programas e intervenções específicos, que utilizem materiais, aulas ou propostas que explorem especificamente alguma dessas competências. Além disso, é importante ter em mente que a dimensão socioemocional está intimamente ligada às experiências do indivíduo em um ambiente coletivo (casa, escola, grupo de amigos e família, por exemplo). Sendo assim, a criação de espaços positivos pela escola, que garantem a interação, a conversa e a convivência, também ajuda a desenvolver o socioemocional dos alunos. Para essas intervenções foram usadas dois destes campos e as competências a eles relacionadas, são eles: Aprender a Ser e o Aprender a Conviver, além da rotineira utilização da matriz das nuvens. Nelas estão relacionadas as competências em três setores da formação humana, são eles: Interpessoal, Intrapessoal e Cognição. O trabalho com a equipe e com os estudantes estava pautado nas competências presentes em cada campo/cada nuvem.

Muito incomodada com o quantitativo que vinha sendo diagnosticado e registrado, a equipe gestora, atendendo ao ECA, decidiu fazer uma busca pela rede de proteção das crianças e adolescentes de Cariacica. Em junho de 2018 o fato foi comunicado ao Conselho Tutelar. Nessa reunião foi formatada uma importante parceria com a orientação do fluxo das notificações ao SUS — após identificadas, acolhidas e registradas pela equipe escolar, entendendo que o cuidado com a violência autoprovocada extrapola o cotidiano escolar e transborda para as famílias e para outros órgãos de proteção à criança e adolescente. Tiveram início os encaminhamentos ao Conselho Tutelar e o acolhimento passou a ser feito também por este órgão, juntamente com a família do estudante, que era encaminhado em seguida ao setor de saúde mental da unidade de saúde próxima à escola.

Também foi realizada uma reunião com o psicólogo responsável pela saúde mental da UBS próxima à escola. O psicólogo, servidor público, esteve na escola para conversar sobre a preocupação com o número expressivo de estudantes da escola que estavam sendo atendidos no setor de sua responsabilidade. Com essa reunião, mais um importante parceiro foi estabelecido. Uma segurança a mais para a equipe escolar por ampliar as ofertas de apoio aos estudantes e suas famílias na superação de suas dores emocionais/psicológicas e com a possibilidade de cessação das manifestações dessas dores nos corpos dos adolescentes.

Em julho de 2018, a vigilância epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde que também se colocou em parceria com a escola e passou a monitorar o trabalho de perto e aproximar ainda mais estes dois aparelhos de proteção à criança e adolescente. Proporcionaram orientações com cartilhas, cartazes, fichas de notificação e quanto ao fluxo de atenção em saúde para os casos de violência identificados na unidade escolar relacionadas às violências em geral e em especial às violências autoprovocadas.

Dessa forma, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde deram suporte para encaminhar as famílias ao apoio necessário às crianças e adolescentes. A junção dos serviços de educação e de saúde foi essencial para que os estudantes pudessem ter os cuidados com a saúde mental na UBS com profissionais especializados nesta área. Para a equipe escolar, essa junção trouxe maior tranquilidade, já que havia a preocupação de realizar o acolhimento e não ter condições de encaminhar os estudantes para os serviços da saúde.

Com a presença constante dos profissionais da saúde, em especial das equipes relacionadas com o setor de vigilância epidemiológica de acidentes e violência da Secretaria Estadual de Saúde e da equipe da saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica, a importância das notificações via ficha padronizada do SUS foi sendo reforçada e os casos passaram a ser comunicados rotineiramente. A equipe escolar entendeu a importância da notificação para se ter estatísticas relacionadas com as práticas de violência autoprovocadas e posteriormente, na produção de possíveis políticas públicas de enfrentamento à violência, assim como e principalmente para a entrada das vítimas em uma linha de cuidados na saúde.

Em paralelo à busca por parcerias externas, no interior da escola o movimento de formação continuada permanecia e, na Jornada de Planejamento Pedagógico do retorno às aulas em julho de 2018, foi oportunizada uma oficina

a todos os profissionais da escola. Esse evento só foi possível por uma parceria mediada pela equipe da central da SEDU, que encaminhou um psicólogo clínico voluntário até nossa escola para escutar os anseios da equipe e oportunizar técnicas de abordagem e acolhida dos adolescentes em situação de vulnerabilidades emocionais. Essa ação trouxe grande retorno deixando a equipe mais preparada e consciente do trabalho de acolhida que já vinha sendo feito.

Os momentos de formação continuada em serviço, no interior das unidades escolares, acontecem sempre com roteiros orientadores emanados da Secretaria de Educação e/ou com temáticas desafiadoras internas da escola. No caso da escola que estamos a relatar, o tema da saúde mental e o impacto na aprendizagem dos estudantes era recorrente nas formações internas com o foco das discussões voltados nas possíveis ações em equipe que pudessem auxiliar os estudantes e seus familiares no cuidado das dores emocionais.

O olhar da equipe ora era angustiante sem saber ao certo o percurso que seguiríamos e o quanto nosso trabalho iria auxiliar os estudantes, ora o olhar era proativo de esforço coletivo para ampliar a rede de parceiros aumentando as oportunidades aos alunos. Enfim, um grande desafio que só foi desenrolando com a presença das parcerias qualificadas da rede de proteção, já que são elas que têm a formação e as ferramentas de cuidados com a saúde do adolescente e com o suporte social às famílias.

PROPOSTAS DE AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES

A partir do início das aulas do segundo semestre de 2018, algumas ações pedagógicas foram elaboradas intencionalmente de forma que os estudantes tivessem espaço de fala e de escuta sobre seus problemas emocionais, apoiando-os na superação de suas dores emocionais, evitando assim as agressões em seus próprios corpos, refletindo também diretamente em sua vida escolar e na fixação destes estudantes na escola (não evadindo à escola).

- Disciplinas da Base Nacional trazendo a discussão da valorização da vida por meio das artes, da dança e de discussões em grupos. Como evidência deste trabalho focado tem se dois exemplos de projetos interdisciplinares que podem ser citados:

- A) o primeiro refere-se ao trabalho das professoras de Educação Física e de Filosofia. O projeto destas professoras recebeu o nome de O universo da dança: dançando na corda bamba e teve como foco a compreensão da origem da cultura corporal de movimento e seus vínculos com a organização da vida coletiva e individual, assim como a reflexão sobre as relações entre a realização das práticas corporais e os processos de saúde/doenças, inclusive no contexto das doenças de cunho emocionais.

As professoras elaboraram a proposta e ofereceram aos estudantes — cerca de 20 alunos do ensino fundamental — que se envolveram neste projeto por seis meses, com duas aulas semanais. No plano de trabalho, as professoras planejaram discussões e momentos intencionais de questões emocionais, sem mesmo que os estudantes percebessem, já que estava no contexto do projeto. A medida que ouviam as músicas, dramatizavam e coreografavam as danças, também externalizavam seus sentimentos.

- B) O segundo projeto interdisciplinar, chamado A Química da beleza, foi elaborado pelos professores de Química e de Espanhol e teve como objetivo a promoção de espaços para reflexão e diálogo com leituras críticas coletivas das imagens e mensagens da publicidade, da televisão e dos jornais, assim como a valorização das belezas naturais e o bem-estar dos alunos a partir dos seus próprios depoimentos e experiências.

Estes professores foram sábios em juntar aspectos conteudistas das disciplinas com os padrões de beleza corporal que tanto incomodam aos adolescentes. As aulas deste projeto também aconteciam semanalmente, uma vez por semana com duas aulas geminadas. Sem perceber, os estudantes expressavam suas angústias com os padrões e discutiam formas de reconhecer a beleza como ela é em cada um deles.

- Campanhas de Solidariedade com foco no olhar sobre as necessidades dos outros e que todos somos passíveis de dores emocionais. O que de fato importa são as habilidades que se desenvolve para a superação das próprias necessidades emocionais. Ocorreram duas Campanhas que podem ser evidenciadas positivamente:

- A. A primeira delas foi organizada por um grupo de alunos chamados “*Todos por Um*”, que, junto com o professor de História, arrecadaram brinquedos e alimentos e doaram para uma Casa Lar de crianças no município de Viana. Esta campanha estava articulada com o conteúdo do professor de História e com a data do Dia das Crianças do mês de outubro, ou seja, as ações planejadas intencionalmente são articuladas e fazem mais sentido no calendário escolar e nas tarefas atribuídas aos estudantes. Nesse caso, fizeram muito sentido, inclusive para os estudantes recebedores das doações da Casa Lar de Viana.
- B. A outra campanha realizada foi uma manifestação de solidariedade organizada por um grupo de alunas que aproveitaram o Setembro Amarelo (mês de prevenção ao suicídio) para confeccionar cartazes motivacionais. As estudantes espalharam os cartazes pela escola como forma de passar mensagens positivas para os demais membros da comunidade escolar. Viam-se mensagens nos corredores, nos banheiros, na quadra, em vários lugares, dando um ar de acolhimento e perspectivas positivas nos pensamentos e nas ações do grupo. Por vezes, em momentos surpresa, apareciam estudantes com plaquinhas nas mãos oferecendo um abraço para outros alunos e trabalhadores da escola. Eram pausas afetivas na rotina diária. Um respiro na longa jornada diária de 9 horas e meia no interior da escola, já que nossa escola é tempo integral.
- Leituras coletivas nas aulas de Língua Portuguesa de textos selecionados intencionalmente, oportunizando relatos significativos de contextos familiares e compartilhando formas de superação entre os estudantes. Chamamos estas leituras de Tertúlia Literária, ou seja, um momento de leitura por prazer com tempo de fala e de escuta organizado, oportunizando a todos estabelecer conexões do texto lido com suas histórias de vida. É claro que os professores escolhiam com sabedoria estes textos, provocando debates e oportunizando momentos de externalizar certas vivências pessoais dos adolescentes. Na rotina escolar, esses momentos de leitura aconteciam quinzenalmente na aula de Língua Portuguesa ou em outras aulas em que o professor

demonstrasse interesse. Para aperfeiçoar esta metodologia chamada Tertúlia Literária, os professores realizaram curso em plataforma virtual denominada Comunidade de Aprendizagem, em parceria com o Instituto Natura.

- Equipe atenta e sensível para identificar estudantes que se automutilavam, sendo recaídas ou mesmo novos casos. À medida que a equipe estudava, as parcerias se consolidavam e a Secretaria de Saúde e de Educação amparavam nosso trabalho, os professores passaram a ter um olhar mais atento às mudanças comportamentais dos estudantes e, assim que observavam algo diferente, encaminhavam para a equipe pedagógica que imediatamente iniciava a conversa com o estudante, demonstrando nosso cuidado com eles e nossa possibilidade de apoio.

Com o passar do trabalho, os próprios estudantes passaram a levar colegas até a equipe pedagógica para “conversar”. Este ato deles nos chamou muita atenção porque demonstrou para a equipe que ele os estudantes entenderam nossa verdadeira intenção: acolhê-los.

Em meados do segundo semestre de 2018 ocorreu a XI Conferência Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Cariacica, a escola teve cadeira e poder de voto como representante escolar e juntamente com outros representantes de outros órgãos da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente, foram listadas estratégias para encaminhamento à Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. As discussões foram ricas e ocorreu compartilhamento das necessidades do contexto escolar que fogem aos aspectos unicamente pedagógicos, sendo de fato trabalho de uma rede integrada com órgãos da saúde, da assistência social, segurança e da justiça.

No mês de novembro de 2018, aconteceu no município de Domingos Martins a Reunião Ampliada da Rede de Proteção e Cuidados da Região Metropolitana. A escola se fez presente nesta reunião e novamente fortaleceram-se as parcerias com os diferentes órgãos da Rede de Proteção da Criança e do Adolescente. A equipe foi composta de uma pedagoga e uma supervisora escolar da Superintendência Regional Cariacica, que é uma das instâncias regionalizadas da Secretaria Estadual de Educação. O evento foi conduzido pela Vigilância

Epidemiológica de Acidentes e Violência da Secretaria Estadual de Saúde que retomou o conceito de violência e de autoviolência, assim como o fluxo das notificações e o trabalho em rede.

Vale lembrar que, em abril de 2019, o Senado Federal sancionou a Lei nº 13.819 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, com implementação em regime de colaboração entre União, Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Essa lei veio corroborar o Fluxo das Notificações e a necessidade de acionamento e fortalecimento da Rede de Proteção (BRASIL, 2019).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todo esse trabalho foi cansativo emocionalmente e fisicamente. A equipe engajou-se e demonstrou grande empenho em todas as ações de intervenção. Os estudantes perceberam toda a movimentação e se sentiram cuidados, o que se refletiu nos resultados.

O monitoramento das ações do projeto aconteceu de forma contínua, já que se usou a ferramenta PDCA (Planejar, Agir, Avaliar, Ajustar). Essa ferramenta viabilizou o entendimento de todos os passos, as necessidades de ajustes e de novas intervenções a cada avaliação. Realizavam-se avaliações a cada ação concluída. Dessa forma os resultados parciais apontavam a direção ou os ajustes nas rotas para se alcançar o objetivo geral.

Segundo o psicólogo da UBS participante do projeto, os comportamentos apresentados pelos alunos se mostraram uma estratégia de materialização de sofrimentos, e apontou que não se pode reduzi-los a uma forma de “chamar atenção” ou qualquer outro julgamento que venha a desqualificar o objetivo destes atos. Isso porque, tanto no ponto de vista fisiológico quanto psíquico, eles se mostram eficazes considerando a capacidade de resposta do sujeito em lidar com suas questões emocionais.

Nesse sentido, toda uma rede de cuidados precisa ser mobilizada tendo como foco o sujeito e a sua necessidade de consolidar estratégias eficientes de resoluções de conflitos e amadurecimento emocional. Assim, nessa parceria buscou-se potencializar nos adolescentes estratégias de enfrentamentos que se mostrassem resolutivas diante das questões que vivenciavam, dentre elas

novos modos de expressão que possibilitassem melhor circulação de afetos, fortalecimento dos espaços coletivos, consolidação de vínculos familiares e comunitários e o desenvolvimento de uma postura ética-estética-política que promova o protagonismo desses adolescentes no contexto que estão inseridos.

É necessário falar que os resultados são prioritariamente qualitativos. Que a redução a zero nos casos de automutilação passou primeiramente pela demonstração da valorização da vida de cada um deles. O objetivo geral foi alcançado porque ocorreu a sensibilização da equipe escolar por meio da formação continuada que aconteceu paralelamente durante todo o desenvolvimento do projeto.

Percebe-se que, com as ações de solidariedade, de cuidados corporais, de cuidados com sentimentos e pensamentos, houve reflexo direto na forma como os estudantes percebem-se, entendem-se e sobre como todos nós valorizamos a vida de cada um. Diante disso, as manifestações autolesivas das dores emocionais foram sendo cuidadas na não perspectiva da negação, mas sim do enfrentamento com ferramentas socioemocionais e com confiança no outro como agente de suporte e mediador.

É preciso falar ainda o quanto a equipe aprendeu coletivamente por meio dos estudos realizados a partir de uma situação real vivenciada no cotidiano escolar e que os meios tecnológicos (via plataforma digital de estudos) foram ferramenta de aproximação ao tema e possibilitou aprofundamento sem custos e sem deslocamentos para cursos fora da escola. E, certamente, estes meios tecnológicos continuarão sendo usados para manutenção das formações continuadas.

A equipe de professores aprendeu a se conhecer mais, a se escutar, a ver o que não está explícito, a acolher e a humanizar procedimentos. Aprendeu-se que, nas relações escolares, a presença pedagógica na vida do outro é essencial para que a aprendizagem aconteça e que o cognitivo está longe de ser dimensão primeira a ser trabalhada no ambiente escolar. Na verdade, o cognitivo é apenas mais uma dimensão dentre todas as que formam o sujeito integral interdimensional.

Vale ainda falar que o foco no Ver, Sentir e Cuidar se fez presente em todo o projeto e foi visível em cada comportamento de abordagem e de acolhida feitos por todos os sujeitos da comunidade escolar e pelos parceiros conquistados no decorrer dos trabalhos e que os resultados acadêmicos são observados quantitativamente nos boletins escolares. As evidências positivas são essenciais

para a demonstração das metodologias e recursos utilizados, assim como dos resultados alcançados.

CONCLUSÃO

A Lei Estadual 11.147/2020, conhecida como a lei do cuidado, ampliou para escolas e assistência social a obrigatoriedade de notificações de violência ao SUS, via ficha padrão da saúde (ESPIRÍTO SANTO, 2020). A escola passou a ser um dos órgãos obrigatórios no ato de notificar, no entanto, o ato de notificar supõe ações anteriores que exigem da equipe escolar um olhar atento, uma escuta ativa e um acolhimento seguro para a abordagem adequada e somente depois o ato de notificar. A falta de capacitação e sensibilização gera desconforto aos profissionais da escola ao notificar, uma vez que não era objeto de atribuição dos trabalhos acadêmicos. Por isso a necessidade incessante de esclarecimentos da legislação; desta nova atribuição e dos cuidados necessários no ato de notificar e; o encaminhamento com agilidade e seriedade de forma que os outros equipamentos da rede de proteção possam ser rapidamente mobilizados, ofertando ao estudante o suporte que necessita.

Retomando o objetivo geral, pode-se concluir que se alcançou além do planejado, pois chegou a zero a quantidade de casos de automutilação. Todos os estudantes foram acolhidos e encaminhados para acompanhamento de profissionais especializados em saúde mental, impactando diretamente na vida pessoal e acadêmica.

Nesse projeto não houve culminância, pois se trata de um trabalho contínuo de abordagem, acolhida, notificação e encaminhamento. Hoje, alguns dos estudantes estão sendo atendidos em consultório de psiquiatria com medicamentos apropriados e, se não fosse pelo trabalho da equipe escolar, essas necessidades não teriam sido identificadas. Com alegria pode-se dizer que a grande maioria dos estudantes que estavam em situação de autolesão busca outros comportamentos diante de suas dores emocionais, pois já se apropriaram de competências socioemocionais que lhes dão suporte para enxergar a vida com outros olhos e com ferramentas apropriadas.

Claro, o desenvolvimento escolar tem sido muito mais aproveitado mediante suas novas perspectivas de vida e de visão de futuro! Os impactos no

ambiente escolar, familiar e social foram observados também pelos familiares e são relatados pelas mães e visíveis nos boletins dos estudantes.

É preciso falar da importância da continuidade no fortalecimento da rede de proteção e cuidados com as crianças e adolescentes que é composta por diferentes órgãos e que juntos podem fazer tanta diferença na vida dos estudantes.

Sendo assim, torna-se favorável a manutenção desse projeto no ambiente escolar de forma a continuar com os trabalhos já realizados e pensar novas ações a partir de olhares cotidianos sobre os jovens estudantes. Também se considera a possibilidade de replicabilidade, visto que há outras escolas que apresentam o diagnóstico parecido. Não houve custo com este projeto e isto foi um ponto positivo para sua execução na escola, que oportuniza também às demais escolas executarem este projeto fazendo as adaptações em suas realidades. O material mais valioso que se usou foi a própria vida dos estudantes!

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Lei nº 13.431/2017, DE 04 DE Abril de 2017. Estabelece o Sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 de Abril de 2017.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 16 dez. 2018

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Vigência. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 26 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, **Diário Oficial da União**, seção 1E, de 18 de maio de 2001. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1:67, 09 junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico], 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48,

n. 30. 2017. ISSN 2358-9450. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.

DUARTE, C. R. **O Modelo Dialógico de Resolução de Conflitos, Atuações Educativas de Êxito, Projeto Comunidade de Aprendizagem nas escolas do Nordeste (Brasil)**. Avante – Educação e Mobilização Social, 2015. Disponível em: <https://comunidadeaprendizagem.com/modelo-dialogico-de-prevencao-e-resolucao-de-conflitos>. Acesso em: 28 de jul. 2019.

ESPÍRITO SANTO. Lei nº 11.147, de 07 de julho de 2020. Define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS à autoridade sanitária estadual. **Diário Oficial do Estado**, 8 julho 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Educação. **Competências socioemocionais na BNCC** (Base Nacional Comum Curricular). 2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1M3d0UzEx27cGh_5pkgGSjWgkhmOAc8fL/view. Acesso em: 31 ago. 2021.

SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 18, p. 67-76, 2017. DOI: 10.19131/rpesm.0194. Disponível em: <https://observatoriodeeducacao.institutounibanco.org.br/cedoc/detalhe/tf-comportamento-autolesivo-ao-longo-do-ciclo-vital-revisao-integrativa-da-literatura,699f4f50-45b8-4ef8-a4f6-4ec45b91159b>. Acesso em: 10 set. 2021.

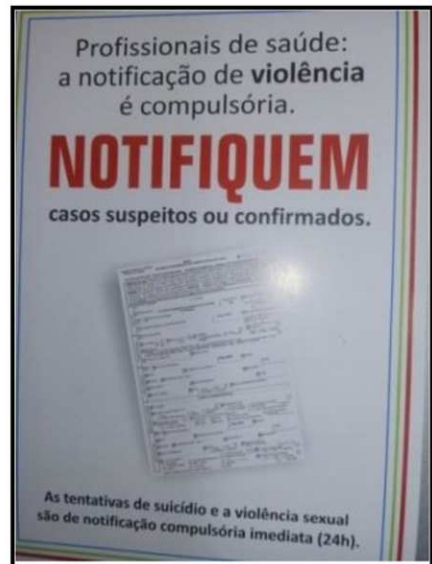
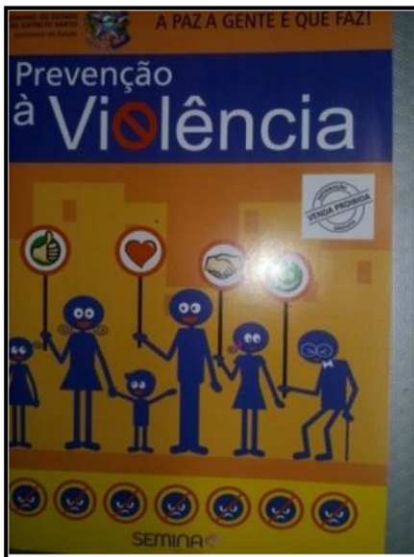
ANEXOS

Imagem 1. Fotos de desenhos apresentados por estudantes que cometiam automutilação antes do Projeto. Os desenhos demonstram os sentimentos dos jovens. Uma das alunas aceitou queimar parte dos desenhos como uma ação simbólica de superação. Esta mesma aluna faz tratamento Psiquiátrico posterior a nossa Abordagem, Acolhida, Notificação e encaminhamento ao Conselho Tutelar e ao setor de Saúde Mental da Unidade de Saúde do Bairro.





Imagem 2. Material enviado pela Secretara Estadual de Saúde.





EDUCAÇÃO E SAÚDE: DIÁLOGOS SOBRE O TRABALHO INTERSETORIAL PARA O ATENDIMENTO DE ESTUDANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA DO TIPO AUTOLESÃO

Mariana Luz Patez
Leonardo Bis dos Santos

INTRODUÇÃO

O ano de 2017 marca o início da publicização sobre a temática da autolesão que perdura até os dias atuais. O pontapé inicial para essa discussão ganhou amplitude a partir das notícias sobre o jogo virtual Baleia Azul, em que os participantes recebiam “desafios” via aplicativo de mensagens, incluindo autoferimento. O assunto repercutiu em matérias de jornal e até em novela de televisão em horário nobre. O alcance do jogo chamou a atenção para a fragilidade e a exposição de crianças e adolescentes nas redes sociais e inaugurou, de certa forma, os debates públicos sobre determinados parâmetros da saúde socioemocional de crianças e jovens. Em função disso, outras formas de autoferimento que não estavam, necessariamente, vinculadas ao jogo ganharam luz e surgiu a necessidade de desenvolver formas de acolhimento e manejo para a autolesão.

Diante da repercussão, os casos de autolesão passaram a sair da invisibilidade social inerente ao tema – as próprias lesões, na maioria dos casos, são autoinfligidas em locais do corpo visíveis apenas para o causador. Nas escolas, profissionais da educação foram surpreendidos pelo número de episódios entre estudantes e as redes educacionais buscaram apoio nos serviços de saúde e assistência social para o enfrentamento da questão. E é daqui que parte o nosso estudo.

A autolesão é tratada como um problema complexo e multifatorial, e por isso, não há respostas simples para solucionar a questão. Neste sentido, apontamos o caminho do trabalho intersetorial para auxiliar na construção de debates, fluxos de acolhimento e manejo de estudantes que praticam autoagressão.

Apresentamos no decorrer do texto os conceitos de autolesão e intersetorialidade para fundamentar o debate. Compreendemos que o enfrentamento de uma questão tão complexa quanto esta precisa estar alicerçada no conhecimento gerado até agora sobre a temática, pois não é possível planejar ações sobre o desconhecido. É preciso ter clareza sobre o problema para pensar como cada instituição pode apoiar a construção de rede de proteção e cuidados voltada aos estudantes e produzir um trabalho intersetorial.

Os estudos sobre as marcações no corpo não são recentes, entretanto, é recente a autolesão caracterizada como “[...] prática de dano intencional infligido contra o próprio tecido corporal sem intenção suicida” (ISSS, 2019), que ganha importância ao considerarmos o potencial de contágio entre adolescentes no ambiente escolar. É neste sentido, que apresentamos alguns estudos sobre o assunto.

Já o conceito de intersetorialidade surgiu como alternativa em função do recorte definido para a pesquisa. Considerando o público-alvo adolescente, constatamos que o maior número de matrículas está concentrado no ensino médio, nível de ensino sob responsabilidade da gestão estadual. O acolhimento e o manejo da autolesão, contudo, não deve ser apenas uma responsabilidade do estado em questão e a intersetorialidade envolve também aparelhos municipais e instituições federais que possam contribuir para produzir ações concatenadas.

Feita essa breve apresentação dos conceitos principais – que serão apresentados com maior profundidade adiante –, cumpre destacar que este estudo é um recorte da discussão elaborada para a pesquisa de mestrado em andamento Atendimento da autolesão: uma discussão sobre a mobilização rede de proteção e cuidados e do trabalho intersetorial¹, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ensino de Humanidades do Instituto Federal do Espírito Santo (PPGEH/IFES). Aqui nos dispomos a pensar de que maneira o estreitamento do diálogo entre instituições da educação formal, de saúde e assistência social, em vários níveis, podem colaborar com o atendimento dos casos de autolesão identificados pelas escolas. Para isso utilizamos como método de produção de dados entrevistas em profundidade a partir da técnica conhecida como *snowball*, iniciada a partir da escola para identificar atores com potencial colaborativo para atuar nesta questão.

¹ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 31166820.3.0000.5072 e Parecer número 4.163.299.

Aqui nos dispomos a pensar de que maneira o estreitamento do diálogo entre instituições da educação formal, de saúde e assistência social podem colaborar com o atendimento dos casos de autolesão identificados pelas escolas. Para isso utilizamos como recurso metodológico a técnica conhecida como *snowball* iniciada a partir da escola para identificar atores com potencial colaborativo para atuar nesta questão. Além disso, apresentaremos um fluxo de atendimento iniciado a partir da escuta realizada na escola e a sequência de encaminhamentos possíveis. Por fim, apresentamos um fluxo de atendimento iniciado a partir da escuta realizada na escola e a sequência de encaminhamentos possíveis.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se do recorte de um projeto de pesquisa de mestrado que tem como objetivo o desenvolvimento de práticas de acolhimento e manejo a partir da identificação dos casos de autolesão de uma unidade de ensino estadual.

Adotamos os fundamentos da metodologia de pesquisa qualitativa (RICHARDSON *et al.*, 1985), com objetivo de produzir uma intervenção social e assim possibilitar a produção e a compreensão de dados produzidos durante a realização da pesquisa de campo. A escolha do método justifica-se pela convicção de que, em alguma medida, toda pesquisa sofre interferência a partir da presença do pesquisador – hipótese destacada desde as pesquisas etnográficas da primeira metade do século passado. A diferenciação da pesquisa qualitativa do tipo intervenção para as pesquisas participantes está na intenção declarada de intervir na realidade e que esta interferência seja realizada “com” e não “para” as pessoas envolvidas no processo. De outra maneira, as pesquisas do tipo intervenção social também se diferenciam da pesquisa-ação, pois não há declaradamente o propósito de construir a pesquisa junto com os indivíduos da pesquisa, apesar da similaridade em termos de objetivar uma transformação social (THIOLLENT, 2011). Deste modo, a pesquisa qualitativa do tipo intervenção social (SANTOS; SGARBI, 2019) tem como horizonte elementos da pesquisa qualitativa (métodos e procedimentos para produção e interpretação dos dados) e da pesquisa-ação (interesse declarado de produzir um efeito transformador na realidade a partir dos resultados científicos).

A pesquisa participante do tipo intervenção social requer o reconhecimento do problema e a indicação do caminho a ser percorrido de forma coletiva. Como afirmam Santos e Sgarbi (2019, p. 92), “o termo se refere à interferência coletiva social intencionalmente produzida por um grupo, visando a solução de um problema coletivamente identificado”. Vale destacar que, ao adotar o modelo de pesquisa participante do tipo intervenção social, espera-se que a proposta de solução ao problema seja construída coletivamente por todos os envolvidos na pesquisa. Este modelo de condução traz referências práticas da vivência daqueles que experimentam cotidianamente o problema em questão, colaborando assim para o entendimento do fenômeno pesquisado e para a construção de ações de enfrentamento.

Restringimos o recorte da pesquisa a um único território devido à necessidade de estabelecer e/ou estreitar os vínculos entre as instituições em função das semelhanças encontradas numa mesma região que, possivelmente, atende parte do mesmo público da unidade escolar. Teoricamente, isso possibilitaria a troca de informações entre as instituições presentes no mesmo território, o que facilitaria e potencializaria a qualidade e eficiência dos trabalhos desenvolvidos.

A delimitação desse recorte foi pautada nos ganhos operacionais da pesquisa. No território escolhido existem muitos equipamentos que foram acessados para a coleta de dados, como equipamentos de saúde, assistência social e educação.

Definido o recorte da pesquisa, mapeamos as unidades escolares da rede estadual presentes no território Praia do Suá (Região 4), no município de Vitória², que compreende cinco bairros. Foram localizadas duas unidades escolares, porém, uma unidade foi fechada para reforma após o encerramento do ano letivo em 2020, ou seja, o trabalho de mapeamento das instituições no território contou com a colaboração de apenas uma unidade escolar, de onde iniciamos a identificação das outras instituições.

A partir de então seguimos com a técnica popularmente conhecida no campo acadêmico como bola de neve. A técnica foi intencionalmente escolhida

² Assumimos a perspectiva de território definido de acordo com a concepção de territorialização da saúde em que os territórios “estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988. Entretanto, não restringimos a abordagem apenas ao espaço geográfico, mas também como um lugar singular, dinâmico, onde pessoas vivem, interagem e constroem sua identidade, e não apenas como delimitador geográfico. Disponível em: <http://www.sites.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html#:~:text=Entende%2Dse%2C%20portanto%2C%20que,983>. Acesso em: 07 mar. 2021.

com o intuito de identificar outras instituições apontadas como parceiros e com potencial colaborativo para o trabalho em rede.

O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. (...) A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chave, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador (VINUTO, 2014, p. 203).

A produção de dados considerou dados primários e secundários. Os dados secundários foram obtidos especialmente a partir de documentos disponibilizados através de publicações governamentais e estudos acadêmicos. Para os dados primários, realizamos a coleta através de entrevistas em profundidade realizadas entre os dias 16 de abril e 13 de julho do presente ano.

A entrevista em profundidade permite aprofundar de forma subjetiva a temática em investigação, conferindo liberdade de expressão ao entrevistado e garantindo o enfoque a partir do entrevistador, justificando a ausência de amostras com rigor estatístico (GIL, 2010).

A partir do aceite da instituição em conceder a entrevista, foi disponibilizado o roteiro estruturado para entrevista antecipadamente e acordado dia, hora e ambiente para a realização da entrevista. Foram realizadas nove entrevistas em profundidade, sendo três em formato presencial, a pedido dos entrevistados, e seis em formato virtual através da plataforma de comunicação Google Meet em razão dos protocolos de distanciamento social impostos pela pandemia de covid-19.

O mote desta pesquisa está na possibilidade de gerar caminhos para o acolhimento nas unidades escolares e pensar os fluxos necessários para a

continuidade do atendimento dos estudantes do ensino médio em situação de violência autoprovocada, do tipo autolesão. Espera-se que a informação gerada a partir desses diálogos com as instituições seja eficaz e sustentável a ponto de tornar-se replicável em outras unidades escolares.

A AUTOLEÇÃO E O TRABALHO INTERSETORIAL: SAÚDE E EDUCAÇÃO NO ACOLHIMENTO E MANEJO ENTRE ESTUDANTES

Para este trabalho, realizamos uma revisão de literatura em fevereiro de 2021, baseada nos conceitos de autolesão e intersectorialidade entre educação e saúde. A partir desta busca, foi possível constatar que a maior parte dos estudos sobre esta temática foram realizadas fora do Brasil. Estas pesquisas mostram que o comportamento autolesivo é mais comum em meninas (BAKKEN; GUNTER, 2012), e mais frequente na adolescência; entretanto, a maioria dos casos não chega a receber atendimento médico (KIDGER *et al.*, 2012). Na revisão de literatura produzida pelo estudo Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, de Jackeline Suzie Giusti (2013), afirma que até 2012 “não há registros formais sobre esse comportamento na população brasileira, embora haja grande procura pelo assunto na internet” (p.13). Não foi encontrada nenhuma pesquisa que verse sobre a intersectorialidade entre educação e saúde para o manejo de casos de autolesão, o que torna inovadora esta proposta.

Entretanto, duas pesquisas apresentaram pontos de contato relevantes para fomentar nossa discussão. A pesquisa intitulada A escola como cenário de narrativas da adolescência: escuta analítica de adolescentes que praticam automutilação apresenta a escola como locus de execução da pesquisa e o público-alvo são adolescentes. O trabalho apresenta a automutilação a partir da narrativa dos estudantes e objetiva compreender o lugar do psicólogo na instituição escolar e as possibilidades da escuta analítica dos adolescentes neste ambiente (LOPES, 2017).

Outra pesquisa, vocês acham que me corto por diversão? - Adolescentes e a prática da automutilação, apresenta a construção de ações preventivas a partir do envolvimento dos estudantes da rede pública na solução do problema, partindo da qualificação da produção dos dados através da pesquisa colaborativa e busca interpretar o problema a partir de uma visão macro, visto que considera os padrões hegemônicos socialmente construídos (GONÇALVES, 2016).

A busca por compreender este fenômeno recente buscou amparo nos estudos de muitos autores. O debate sobre a relação entre educação e saúde potencializados pelo trabalho intersetorial foi uma questão levantada no diálogo com as instituições que ganhou destaque nesse recorte.

O público-alvo afetado pelo fenômeno e escolhido intencionalmente para pensar as intervenções de acolhimento e atendimento são adolescentes estudantes do ensino médio. A adolescência é abordada a partir da ideia da pluralidade e da fragilidade de uma construção da identidade com contradições próprias do adolescer. É nessa fase da vida que se constituem grande parte das ocorrências de autolesão sem intenção suicida.

Para estes jovens a autolesão tem aparecido como via de fuga de um sofrimento que não encontrou uma maneira de lidar com os conflitos e descobriu no próprio corpo o lugar onde as marcas do sofrimento social provocado por essas pressões seriam eternizadas. Esse sofrimento social de que fala Pierre Bourdieu (1988, 1989) refere-se ao sofrimento coletivo imposto pela precariedade de condições de vida provocadas pela estrutura social e econômica de uma determinada sociedade.

Em pesquisa recente, Gonçalves *et al.* (2020) apresenta a dimensão ambiental caracterizada pelos próprios jovens como precipitador da autolesão.

De maneira geral, as/os participantes (mesmo aqueles que nunca se feriram) reforçam a multiplicidade de fatores associados ao comportamento autolesivo. Embora a dimensão emocional tenha sido a principal causa e fator precipitante da autolesão (sendo uma forma de lidar com emoções que são vivenciadas de maneira intensa e negativa, tais como: a raiva, a culpa, a tristeza, a depressão e a ansiedade); as dimensões ambiental (conflitos e ausência de suporte familiar, bullying, a homofobia, o racismo, os conflitos com os pares, a questão financeira, o isolamento social, a pressão escolar e excesso de atividades acadêmicas) e biológica (diminuição da dopamina) também são associadas (GONÇALVES; AVANCI; NJAINE, 2020, p. 163).

Ainda que a escola tenha grande potencial para boas práticas enquanto espaço socializador e que reproduz em seu microcosmo as dores e desafios da sociedade, pode tornar-se um lugar opressor e reprodutor de conflitos de dimensões emocionais, já que habitualmente não somos alfabetizados para lidar

com as emoções, e também de dimensões ambientais, considerando as poucas intervenções para suportar tantas violações.

Diante do problema que se apresentava, a escola – sem o preparo necessário para encaminhar os casos – tem informado às instâncias superiores os casos de autoagressão entre seus estudantes, o que iniciou um debate sobre a como conduzir o fenômeno popularmente chamado de automutilação ou *cutting*.

A AUTOLESÃO SEM INTENÇÃO SUICIDA

A principal caracterização do comportamento autolesivo baseia-se em critérios em que consta a intenção de ferir-se (CEPPI; BENVENUTTI, 2011) sem a intenção de provocar a própria morte (STANLEY *et al.*, 2001). Franklin e Nock (2017), trazem ainda a necessidade de não haver intermediários entre o autoagressor e a prática como por exemplo, o uso de álcool ou outras drogas. Também não envolve comportamentos socialmente aceitos como piercings e tatuagens e se distingue de sintomas de algum transtorno como o de borderline.

A expressão automutilação também vem sendo utilizada para designar a autolesão sem intenção suicida e consta, inclusive no título da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio.

As primeiras pesquisas científicas abordavam a autolesão originadas no campo da medicina e consideravam apenas a autolesão realizada nos punhos – lugar do corpo, também característico para os tentantes de suicídio que cortavam os pulsos intencionando a morte. Os estudos seguiram analisando os casos de pacientes clínicos cujas lesões autoprovocadas apareciam como um sintoma de outros distúrbios já diagnosticados.

Não era/é o caso dos praticantes de autolesão. Essa modalidade de violência tem se constituído em uma prática em si, ou seja, não há associação entre a ação de se cortar e uma doença ou distúrbio diagnosticado. A autolesão é o problema em si. Não é uma ação involuntária, inconsciente ou despercebida, ao contrário, trata-se de ação planejada. Para a execução dessa prática é necessário planejamento – escolher a parte do corpo para lesionar, escolher a ferramenta para produzir o ferimento, decidir a pressão incidida sobre a ferramenta para cortar, o tamanho do corte etc.

De certa maneira, os praticantes de autolesão dominam a técnica de cortar-se superficialmente ou outras maneiras de transferência de dor – se bater, por exemplo –, controlando o resultado da lesão. Nos casos dos cortes, salvo por erro na pressão incidida sobre o objeto cortante, podem, acidentalmente, morrer. Mas esse nunca foi o objetivo inicial.

Entretanto, a associação com a tentativa de suicídio era inevitável e acarretava certa confusão na interpretação e, conseqüentemente, no manejo da autolesão sem intenção suicida.

Por volta dos anos 60, a automutilação ganhou uma conotação científica, e os estudos sobre a prática se voltaram ao âmbito da Psiquiatria. Nessa época, a concepção de autolesão se restringia a cortes nos punhos, fazendo surgir a expressão “síndrome do cortador de punhos”. Como consequência, a expressão acabou por ser confundida com as tentativas de suicídio, que também tinham como uma das manifestações características o cortar dos punhos (QUESADA *et al.*, 2020, p. 8).

Não é nossa intenção abordar outros tipos de violências – como ideação ou tentativas de suicídio. O desenho estabelecido nesta pesquisa diz respeito às agressões produzidas intencionalmente no corpo, sem a intenção suicida, onde o autor é também vítima da própria violência.

Poderia ser adequado referir-se à prática como *cutting*. A palavra inglesa, traduzida ao pé da letra, significa “cortar” e, por isso, seria apropriada para descrever este acontecimento que, comumente, é o tipo de autoagressão mais registrada. Entretanto, a utilização de palavras em língua estrangeira dificulta o entendimento e a consolidação de um fenômeno tão recente quanto este. Em virtude disso, adotamos neste trabalho a expressão Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS) ou apenas “autolesão”.

A aproximação com os serviços de saúde e assistência social foram inevitáveis, diante da complexidade e do teor da questão levantada. Os papéis dos serviços prestados por estas instituições são muito claros para aqueles que estão inseridos no fazer cotidiano dos serviços, mas, nem sempre é claro de uma instituição para a outra. Por isso é necessário o estreitamento intersetorial – para que um apoie o fazer do outro. Assim é necessário esclarecer o entendimento dado ao conceito de intersetorialidade como ferramenta de ação – intervenção social.

INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade vem se consolidando, especialmente, “nas áreas científicas da administração pública e saúde coletiva, embora os núcleos da educação e da assistência social estejam paulatinamente produzindo comunicações e estudos sobre o tema” (TAÑO, 2017, p. 40).

Planejar ações intersectoriais está além da construção de parcerias pontuais para a promoção de ações específicas. Uma ação intersectorial sugere a necessidade de integrar conhecimentos de diferentes áreas para operar políticas sociais de modo amplo. Envolve, entre outras coisas, planejamento, mobilização, engajamento dos serviços públicos e participação dos usuários na tomada de decisões, e constitui-se da “busca por estratégias mais inventivas, democráticas e de articulação de acordo com as reais necessidades sociais” (TAÑO, 2017, p. 36).

De acordo com Mendes e Akerman (2007) a intersectorialidade é uma alternativa para pensar soluções de problemas complexos e não deve ser encarada “apenas como um princípio, mas como uma prática concreta a ser estabelecida, um problema a ser enfrentado, um desafio a ser conquistado” (p. 89).

Assumimos o entendimento abarcado por Junqueira e Inojosa (2000 *apud* JUNQUEIRA, 2000), de que a intersectorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (p. 95).

A Política Nacional de Promoção da Saúde define a intersectorialidade como “processo de articulação de saberes, potencialidade e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2015, p. 27).

Mas para possibilitar este atendimento intersectorial é preciso que as instituições entendam o papel uma da outra, reconhecendo a competência específica do trabalho realizado por cada uma. Assim será possível dispor de um “atendimento em rede” – articulado, integrado, planejado e desenvolvido em conjunto para complementar as ações de cada órgão ou serviço, em detrimento da “rede de atendimento” – serviços oferecidos de maneira isolada e atendimento fragmentado (CASTRO; OLIVEIRA, 2009, p. 227).

Ao considerar, como proposto neste estudo, um espaço geográfico reduzido que viabiliza a investigação dentro de um território, partimos da premissa que os componentes da rede apresentam visões semelhantes sobre as condições socioculturais daquela região. Significa dizer que o entendimento sobre a cultura e os modos de viver locais são facilitadores capazes de potencializar as ações que impactam positivamente no reconhecimento das potencialidades e desafios a serem superados. Essa interação pode ampliar a disposição em participar dos debates e a promoção de ações que dialoguem com o contexto social para o enfrentamento de determinada situação.

A ação intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população em um determinado território. Esta é uma perspectiva importante, porque aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e também para a sua solução. A intersetorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim, dos direitos sociais. É uma nova maneira de abordar os problemas sociais (JUNQUEIRA, 2000, p. 42).

Ao abordamos a autolesão na perspectiva da intersetorialidade, partimos do princípio de que setores como a Assistência Social, a Saúde e a Educação possam produzir intervenções e projetos no território mediante construção de trabalho em rede.

EDUCAÇÃO E SAÚDE: ACOLHIMENTO E CONDUÇÃO DOS CASOS DE AUTOLESÃO NA INTERVENÇÃO SOCIAL

A condução dos casos de autolesão na escola começa na escuta – a escuta do pedido de ajuda feito pelo autoagressor, pelos professores, pelos amigos, pela família do praticante da autolesão. Nem sempre esse pedido de ajuda é claro e objetivo, mas é comum que o praticante de autolesão manifeste sinais da violência que infringe contra si. Os sinais mais comuns e fáceis de reconhecer são a necessidade de cobrir o corpo, especialmente os antebraços, e alterações comportamentais como agressividade e/ou isolamento social (GIUSTI, 2013; SILVA; BOTTI, 2017; QUESADA *et al.*, 2020; FLIEGE *et al.*, 2009).

É pelo processo de escuta que o cuidado começa. Não uma escuta qualquer, mas uma escuta cuidadosa, qualificada, com o ouvido treinado

para coletar o máximo de informações e acolher a pessoa que te escolheu pra compartilhar aquela dor.

Podemos nomear esta primeira etapa como **escuta acolhedora**. Sem julgamentos, sem questionar a legitimidade ou as motivações daquela pessoa em executar a autolesão.

A partir disso, identificado que não há ideação suicida ou que a autolesão não foi uma tentativa de suicídio, podemos seguir para a próxima etapa - a **notificação**. De acordo com a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, nos casos que envolverem criança ou adolescente, o Conselho Tutelar deverá receber a notificação (BRASIL, 2019). Há também a Lei Estadual nº 11147 (ESPIRÍTO SANTO, 2020), que torna aos estabelecimentos de ensino compulsória a notificação das violências para o sistema de informação em saúde.

Começa, então, a etapa mais importante – o **cuidado**. A partir da notificação, há um fluxo de compartilhamento do caso entre as esferas de gestão do SUS e serão avaliadas as ofertas de serviços necessários ao cuidado daquela pessoa. Podem ser acionados para prestar atendimento a equipe de atenção básica da Unidade de Saúde de referência, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS ij), equipamentos da assistência social como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar, entre outros.

Em princípio parece simples – acolher, notificar, cuidar. Entretanto, alguns entraves surgem ao pensar este fluxo.

Uma questão importante a ser levantada envolve a falta de conhecimento sobre o papel das instituições. Torna-se mais difícil promover parcerias se o potencial de colaboração da outra instituição é desconhecido. Para além dos casos de autolesão, outras ações de ordens diversas podem ser estabelecidas a partir do diálogo entre os setores.

Ao considerarmos a premissa da intersetorialidade, a responsabilização pelo atendimento e monitoramento dos casos de autolesão será dividida entre todos os envolvidos por esta rede estabelecida. Isso reduz o isolamento das instituições, que passam a compartilhar o problema ao invés de tentar resolver sozinhas e, torna cada componente partícipe das ações promotoras do atendimento na sua complexidade, a partir de competências que se complementem, tendo em vista que

o trabalho em rede é um mecanismo eficaz para a interrupção da violência, favorece uma visão ampliada das situações, permite que se planejem ações integradas e é uma forma de compartilhar responsabilidades sobre os casos, permitindo que cada setor atue com foco nas questões que lhe cabem” (FERREIRA, 2010, p. 204)

Outra questão importante é provocada pela municipalidade do estudante, já que a maneira como a rede de educação está organizada permite matrícula aos estudantes em municípios diferentes da sua residência. A qual instituição a escola deve encaminhar a notificação – Conselho Tutelar de referência do território onde está inserida a escola, Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde do município onde está localizada a escola ou ambas as instituições? Caso o estudante não seja residente no mesmo município onde está localizada a escola, a notificação deve ser encaminhada ao Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde ou Conselho Tutelar do município onde o estudante reside? Se encaminhada ao Conselho Tutelar, como identificar a unidade que atende aquele estudante? No serviço de qual município o estudante será atendido?

Diferente do sistema educacional, que permite matrícula em município diferente da residência, o atendimento na atenção básica da saúde e assistência social só garante o atendimento ao munícipe. Isso constitui um dificultador para o manejo à medida que a escola fica distanciada das instituições que ofertam o atendimento, dificultando assim a troca de informações e o acompanhamento dos casos.

Considerando estas questões, o trabalho intersetorial torna-se um caminho na promoção do atendimento da autolesão, pois além da complexidade inerente ao tema, há ainda a complexidade de organização das instituições.

Diferente do trabalho intragovernamental, que é voltado para dentro e desconsidera as subjetividades e as transformações da sociedade que moldam os indivíduos, a intersectorialidade permite que as instâncias públicas e/ou privadas se comuniquem para fornecer o atendimento na sua integralidade ao invés de tratá-lo de forma fragmentada e, por isso, menos efetiva na resolução dos problemas que demandam conhecimento de áreas e setores diversos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições adversas para a dinâmica do trabalho intersetorial devido a estrutura macro das organizações inviabiliza o atendimento de uma pessoa fora de seu município de residência, salvo em casos de intercorrências emergenciais. Este reordenamento do fluxo implicaria alteração nos repasses de verbas, reestruturação de equipes e até a implementação de instituições como o CAPS infantojuvenil, por exemplo, que não está disponível em todos os municípios. Apesar disso, não há impedimento para iniciar o estreitamento das instituições e pensar novos fluxos que sejam viáveis tanto para o atendimento dos casos de autolesão, quanto para a informação sobre os papéis de cada instituição.

A discussão sobre o atendimento da autolesão tem se concentrado com maior intensidade no serviço público. Mas vale lembrar que as instituições de ensino particulares também apresentam casos de autolesão entre estudantes e, provavelmente, sofrem com os mesmos dilemas da escola pública no quesito acolhimento e manejo.

Este estudo revelou a ausência de informações qualificadas sobre o acolhimento e manejo de casos de autolesão envolvendo estudantes do ensino médio, bem como a fragilidade do trabalho intersetorial entre as instâncias do serviço públicos em níveis intermunicipais e estadual no que diz respeito à existência de ações estruturadas para o acolhimento e cuidado dos estudantes com comportamentos autolesivos.

Revela ainda a necessidade de formação intencional na educação socioemocional dos jovens estudantes, preterida à formação bancária. Esta ação poderia colaborar para a formação de adolescentes despreparados para lidar com as frustrações e emoções, e que não busquem na autolesão uma alternativa para tratar as incertezas e pressões comuns do adolescer.

Na concepção “bancária” que estamos criticando, para a qual a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos, não se verifica nem pode-se verificar esta superação. Pelo contrário, refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da “cultura do silêncio”, a “educação bancária” mantém e estimula a contradição (FREIRE, 2007, p. 67).

Entre os entraves para a execução da pesquisa vale ressaltar que todo o campo foi realizado durante o período da pandemia de COVID-19 e o fato de muitas instituições terem suspenso o atendimento ou estarem na linha de frente no combate a pandemia estendeu o prazo das entrevistas, pois era necessário conciliar agendas e dispor de equipamentos para entrevista on-line nem sempre disponíveis nos serviços públicos. Outro dificultador foi a ausência de pesquisas voltadas à realidade da população brasileira e de um banco de dados específico sobre autolesão, já que os bancos de dados disponíveis referem-se às violências autoprovocadas e não traduzem a realidade local.

Neste sentido, é importante ressaltar a necessidade de novos estudos para a produção de conhecimento, visto que publicizar informações a respeito do encaminhamento de casos envolvendo a autolesão entre estudantes e sobre a obrigatoriedade de notificação para unidades escolares auxiliará não só no acolhimento e manejo adequado dos casos, bem como, trará robustez ao banco de dados dos sistemas de vigilância de violência. Assim, será possível gerar indicadores que traduzam a realidade dos municípios e estados subsidiando a tomada de decisão entre os gestores públicos e possibilitando a implementação de políticas públicas que objetivam a prevenção das violências.

REFERÊNCIAS

BAKKEN, N. W.; GUNTER, W. D. Self-cutting and suicide ideation among adolescents: gender differences in the causes and correlates of self-injury. *Deviant Behavior*, v. 33, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01639625.2011.584054>. Acesso em: 26 ago. 2021.

BOURDIEU, P. **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: J Zahar, 1988.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sancionada a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio**. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2019/04/sancionada-a-politica-nacional-de-prevencao-da-automutilacao-e-do-suicidio>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

CASTRO, A. C.; OLIVEIRA, V. L. A. Comunicação e mobilização dos conselhos tutelares e de direitos da criança e do adolescente com instituições parceiras, redes de serviços e sociedade civil. In: ASSIS, S. G. *et al.* (orgs.). **Teoria e prática dos conselhos tutelares e conselhos dos direitos da**

criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CEPPI, B.; BENVENUTI, M. Análise funcional do comportamento autolesivo. **Rev Psiqu Clín**, São Paulo, v. 38, n. 06, 2011.

ESPIRÍTO SANTO. Lei nº 11147 de 07 de julho de 2020. Define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS à autoridade sanitária estadual, por todos os profissionais dos serviços de saúde, instituição de ensino e assistência social, de caráter público, privado ou filantrópico, em todo o território do Estado do Espírito Santo, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**. Vitória/ES, 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=398205>. Acesso em: 10 set. 2021.

FERREIRA, A. L. A escola e a rede de proteção de crianças e adolescentes. In: ASSIS, S. G. de C.; AVANCI, P.; QUINTES, J. (orgs.). **Impactos da violência na escola: um diálogo com professores**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação / Fiocruz, 2010.

FLIEGE, H.; LEE, J. R.; GRIM, A.; KLAPP, B. F. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. **Journal of Psychosomatic Research**. 2009. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399908004935?via%3Dihub>. Acesso em: 18 mar. 2021.

FRANKLIN, J. C.; NOCK, M. K. Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior. IN: Kleespies, P. M. **The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises**. New York: Oxford University Press, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIUSTI, J. S. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. 2013. Tese de doutorado – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2013. Disponível em: teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php. Acesso em: 10 set. 2021.

GONÇALVES, J. N. **“Vocês acham que me corto por diversão?”** Adolescentes e a prática da automutilação. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, p. 138, 2016.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF SELF INJURY (ISSS). Disponível em: <https://itriples.org/about-iss/>. Acesso em: 09 jun. 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

KIDGER, J.; HERON, J.; LEWIS, G.; EVANS, J.; GUNNELL, D. Automutilação de adolescentes e pensamentos suicidas na coorte da ALSPAC: uma pesquisa de auto-relato na Inglaterra. **BMC Psychiatry**, v. 12, 2012. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714004406>. Acesso em: 28 fev. 2021.

LOPES, L. S. **A escola como cenário de narrativas da adolescência: escuta analítica de adolescentes que praticam automutilação**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Fortaleza, p. 164. 2017.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In.: FERNANDES, J. C. A.;

MENDES, R. **Promoção da Saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothchild: CEPEDOC, 2007.

GONÇALVES, A.; AVANCI, J. Q.; NJAINE, K. A comunicação on-line sobre autolesão: a perspectiva de adolescentes brasileiros. *In*: NJAINE, K. **Relatório final de pesquisa - Violência na comunicação digital**: análise dos discursos e Práticas disseminados na internet sobre homofobia, Autoperpetração de violências, cyber dating abuse e Cyberbullying. Rio de Janeiro, 2020.

QUESADA, A. A. *et al.* **Noções gerais sobre a automutilação**. (Curso Prevenção da Automutilação; fascículo 1), Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1985.

SANTOS, L. B. dos; SGARBI, A. D. Pesquisa intervenção como metodologia alternativa de formação de pesquisadores sociais. *In*: SANTOS, L. B. dos; CARVALHO, L. Q. de (orgs). **Metodologias Alternativas no Ensino de Letras e Humanidades**. 1. ed. Vitória: Instituto Federal do Espírito Santo, 2019.

SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 18, p. 67-76. 2017. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Aline-Silva-53/publication/322290025_Comportamento_autolesivo_ao_longo_do_ciclo_vital_Revisao_integrativa_da_literatura/links/5c9d4fea299bf111694dbf9c/Comportamento-autolesivo-ao-longo-do-ciclo-vital-Revisao-integrativa-da-literatura.pdf Acesso em: 18 mar. 2021.

STANLEY, B.; GAMEROFF, M. J.; MICHALSEN, V.; MANN, J. J. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? **Am J Psychiatry**, v. 158, n. 3, 2001.

TAÑO, B. L. **A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. 2017. 260f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2017.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VINUTO, J. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa**: um debate em aberto. *Temáticas*, n. 22, 2014.



RELATO DE EXPERIÊNCIA: A IDEAÇÃO SUICIDA E A TECITURA JUVENIL DA EXISTÊNCIA NARRADA PELA VIDA

O desejo de viver ou morrer não é uma burocracia...é um chamado insano e urgente pela existência...

Lilian Hoffmann

INTRODUÇÃO

O Setembro Amarelo chegou ao Brasil por meio do CVV – Centro de Valorização da Vida, e é um movimento da sociedade civil que foi agregado pelas políticas públicas, no entanto, as práticas educativas contidas nessa proposta, foram se perdendo e se distanciando em alguns aspectos da sua gênese, pois hoje temos em parte consideráveis configurações de políticas públicas pontuais, subaproveitadas em práticas de prevenção utilizadas na modalidade ferramenta visual, outdoors, caminhadas, atividades importantes, mas que se limitam a dar visibilidade ao problema do suicídio apenas.

Porém, a profundidade que a complexidade desse fenômeno envolve requer mais avanços, mais experiências que fortaleçam espaços dialógicos, potentes, escutas qualificadas e que se tornem ferramentas sistematizadas, robustas e desburocratizadas por práticas educativas permanentes, não apenas no Setembro Amarelo, concatenando com a proposta da linha de cuidado em saúde mental (condições crônicas e degradantes de saúde e agravos por causas externas - violências).

E se podemos fazer mais e com mais afinco e amorosidade, por que não? Amorosidade que está atrelada ao ato ético-político de cuidar e fomentar política pública de qualidade.

A voz deste (a) criador (a) esperançado (a) vibra do contato entre seu corpo consciente e a experiência do outro, na relação de amorosidade

necessária à leitura do mundo, mas também com a indignação que impulsiona o atuar ético e estético capaz de repensar, transformar e intercriar o mundo. (PADILHA *et al.*, 2019, p. 23)

A problemática envolve a ausência de práticas educativas de prevenção primária intersetorial sistematizada e o tema da morte autoinfringida continua a ser tabu na comunidade tradicional pomerana de Santa Maria de Jetibá/ES. É uma sociedade regrada, com pressões sociais de gênero, ditadas por modos de vida hegemônicos associados à cultura, que influenciam na forma de lidar com a vida e a morte.

A cultura em que a humanidade vive há mais de cinco milênios pode ser definida como patriarcal: uma cultura, entre outras coisas, hierárquica, que valoriza o princípio da força, do domínio e do que se pode chamar de Princípio Masculino. O patriarcado, porém, não é “coisa” de homem: é uma forma de organização social baseada no poder, seja militar, político, econômico e/ou social, que origina relações desiguais e excludentes. Apesar de também ter prejudicado muito os homens, tem sido especialmente danoso às mulheres, tendo, na maior parte do tempo, subjugado-as, tirando tanto seu poder real quanto simbólico [...]. (BALIEIRO, 2014, p. 8).

Portanto, se é uma estrutura de poder, transformá-la significa estimular a sociedade a buscar uma democracia integral, combinando macro e microprocessos, com o objetivo de avançar principalmente na forma de se relacionar consigo mesmo e com o outro (SAFFIOTI, 2015).

O suicídio é utilizado como forma de resolver problemas e é demanda crescente entre jovens e adolescentes juntamente com o problema do *cutting*. Estamos lidando com formas de violência nem sempre legitimadas como tal e menosprezadas dentro do âmbito social como se não houvesse tecitura nenhuma com a degradação da vida e do modo de viver. Ora, basta sentar à margem do rio para sentir o vento na pele, observando a força do invisível, não o vemos... mas sentimos que ele está ali.

O legado das deusas, dentre elas, Iansã, a grande Deusa da ação no mundo, vem justamente questionar o aprisionamento da vida e afirmar a importância da emancipação humana, da independência e autonomia na construção de nossos

caminhos — e, como força opressora, a morte — e nos indicar que infelizmente é questão ligada a milênios de um poder opressor e subjogador de uma suposta verdade e da colonização dos corpos e das mentes, mas Ela nos ensina a sustentar, em todos os sentidos, as nossas próprias escolhas e também as consequências delas (BALIEIRO, 2014). Arriscar-se a seguir o curso do rio, sem menosprezar essas nuances, é de fato um desafio do viver.

O objetivo desse relato de experiência é fortalecer e compartilhar a promoção de espaços terapêuticos de educação em saúde e em prevenção primária com adolescências e juventudes no SUS, focado nas pessoas e na vida por livre demanda, cujo princípio fundamental é ajudar o público no qual nos propomos a trabalhar a aprender criativamente a dizer sua palavra.

Como diria Rogers (1997), estimular uma atmosfera de liberdade significa entender que não precisa barganhar a palavra, “algo inusitado para qual não estavam preparados”, daí a experiência da narrativa, de se dizer o que nunca é dito. Parafraseando Freire (1996) é uma aprendizagem significativa e cocriada de sentidos...

O ato de cozinhar, por exemplo, supõe alguns saberes concernentes ao uso do fogão, como acendê-lo, como equilibrar para mais, para menos, a chama, como lidar com certos riscos mesmo remotos de incêndio, como harmonizar os diferentes temperos numa síntese gostosa e atraente. A prática de cozinhar vai preparando o novato, ratificando alguns daqueles saberes, retificando outros, e vai possibilitando que ele vire cozinheiro. A prática de velejar coloca a necessidade de saberes fundantes como o domínio do barco, das partes que o compõem e da função de cada uma delas, como o conhecimento dos ventos, de sua força, de sua direção, os ventos e as velas, a posição das velas, o papel do motor e da combinação entre motor e velas. Na prática de velejar se confirmam, se modificam ou se ampliam esses saberes (FREIRE, 1996, p. 21).

Não basta saber cozinhar; é preciso desenvolver a sua própria culinária, voltada para as suas experiências, seus gostos, bem como na prática de velejar — se velejar é arriscar-se, seremos eternos aprendizes do viver. A palavra já estava ali, precisava ser dita e ouvida, precisávamos construir a experiência. Essa história está narrada na sequência descrita pela prática de ensino e a metodologia da prática clínica de que participaram os jovens e adolescentes atendidos.

Dessa maneira buscamos:

- Trabalhar com práticas educativas universais de prevenção primária e implementar ações de prevenção em saúde mental sistematizadas consonantes com a proposta do Programa Saúde na Escola (PSE) e as unidades escolares-estaduais.
- Incluir o Programa de Educação Pomerana na Escola (PROEPO), utilizando a língua materna nas ações de prevenção.
- Incluir o Centro de referência da Educação Inclusiva (CREI) na atenção sistêmica e preventiva na linha de cuidado.
- Utilizar metodologia de ensino dialógica em que a palavra circule livremente no grupo, com mediação do terapeuta – prevenção primária, protagonismo, promoção da saúde e aprendizagem criativa.
- Mediar a prática através do uso de dispositivos-artes, pintura, argila, poesia, música, técnicas de psicologia corporal, massagem e vivências humanistas.
- Fortalecer o canal aberto de livre demanda em detrimento das consultas eletivas que são burocratizadas dentro do SUS.
- Fortalecer um canal de diálogo livre e aberto entre os profissionais da linha de frente do cuidado com os jovens.

O custo-benefício desse projeto é imenso considerando que os dados da folha informativa — saúde mental dos adolescentes OPAS/OMS Brasil e os dados sobre suicídio e autolesão no estado do Espírito Santo, bem como o papel da escola na identificação de agravos em saúde mental nessa faixa etária — apontam para estatísticas crescentes e que demandam a implantação/ implementação de intervenções de prevenção focadas na juventude, pois é função primordial da atenção primária prevenir e promover saúde, consonante com os princípios humanitários de organizações mundiais que implicam práticas ético-políticas a favor da juventude e da vida sustentável, como propõe a OPAS/OMS e a UNICEF.

METODOLOGIA DA PRÁTICA CLÍNICA E DA PRÁTICA DE ENSINO

A experiência narrada iniciou-se com a pesquisa de mestrado no Ensino de Humanidades da autora em 2018 e 2019, pelo Instituto Federal do Espírito Santo e se desdobrou no serviço de saúde mental municipal do SUS, no período de abril de 2019 a março de 2021, no ambulatório de psicologia da atenção básica, localizado no Centro de Especialidades de Santa Maria de Jetibá – ES. Durante o período de experiência profissional, ocorreu a situação da pandemia e os grupos presenciais foram suspensos devido às medidas de prevenção contra a covid-19, e seguimos apenas com os atendimentos individuais.

O projeto propôs uma forma de cuidar interativa, dialógica, preventiva e humanitária, de conexão dos serviços que prestavam assistência em saúde e educação com as juventudes. Segundo Rogers (1997),

Torna-se evidente que outra implicação da perspectiva que estou apresentando é que a natureza profunda do ser humano, quando funciona livremente, é construtiva e digna de confiança. Esta é para mim uma conclusão irrecusável de um quarto de século de experiências em psicoterapia (p. 222).

Em termos qualitativos e quantitativos, foi eficiente comprovar que o projeto evitou mortes evitáveis e de forma impactante tivemos 100% do broto da vida... nenhuma vida perdida, nenhuma morte consumada. Em muitos momentos, notava-se que aquele rio chamado vida estava cheio de água viva brotando das suas fontes.

A prevenção e a promoção da saúde sempre custaram menos do que o tratamento e a reabilitação.

[...] Terris (1992, apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103) ressalta que esta definição original da promoção, que enfatiza os “fatores gerais” de determinação da saúde, difere da concepção difundida pelo Informe Lalonde, de 1974, que privilegiou os “fatores particulares”. Apesar disso, este relatório foi tido como um marco histórico no campo da Saúde Pública, por questionar oficialmente o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2000, apud SÍCOLI NASCIMENTO, 2003, p. 103). Lalonde destacara a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar

sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propusera, então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103).

As repercussões dessa proposta foram direcionadas a partir de concepções orientadas por práticas de prevenção e promoção da saúde, um modelo de atenção a doenças crônico-degenerativas e de observação dos determinantes e impactos socioambientais envolvidos na questão.

O projeto abriu as portas na etapa 1 para 41 escolas municipais e sete escolas estaduais e atendeu até o seu término 109 jovens entre 12 e 24 anos, sendo uma ideia piloto dentro das políticas públicas para as juventudes no estado do Espírito Santo que brotou das tantas vozes ouvidas durante a experiência do mestrado e se desdobrou para a experiência ampliada dentro do SUS.

Se pensarmos na extensão territorial brasileira, na diversidade cultural, nos fatores socioeconômicos, nas desigualdades sociais e na distribuição de recursos públicos e de serviços, teremos mais clareza sobre o quanto são necessárias estratégias de prevenção do suicídio que englobem esses diferentes aspectos em um país de dimensão continental, e que vive, atualmente, constantes mudanças e incertezas políticas e econômicas, em uma escalada conservadora nos costumes e com caráter armamentista [...] (DANTAS, 2019, p. 1).

A metodologia se baseou em dois fundamentos: 1. Gerir a estratégia e 2. Tecer a linha de cuidado de condições crônicas em saúde mental, pois, segundo estudos sobre prevenção e promoção da saúde, fazem-se necessárias a gestão estratégica e a preocupação paralela com a oferta de serviços na linha de cuidado e reorientação estrutural do SUS em termos da funcionalidade e da estrutura do sistema de saúde.

[...] Dentre os campos de ação da promoção de saúde mencionados na Carta de Ottawa estão o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios, o fortalecimento da ação

comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários [...] (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 106).

O tópico 1 funciona e implementa ações nos processos de trabalho dos atores envolvidos: 1.a. Manter as reuniões de planejamento estratégico mensal com os parceiros (CREI, PSE, PROEPO e unidades escolares estaduais/municipais) e fortalecer o canal de conversa; 1.b. Estimular o encaminhamento dos jovens por meio dos parceiros e também por livre demanda dos jovens, especialmente daqueles que necessitam do atendimento em saúde mental e nos quais já foram identificadas as presenças da ideação, da intenção e do comportamento suicida, do *cutting* etc.) para de fato efetivar a intervenção precoce, de prevenção primária a saúde mental;

É importante lembrar que, ao longo dos anos, algumas estratégias no campo da saúde foram adotadas no Brasil, com o intuito de prevenir o suicídio, especialmente após os anos 2000. Manuais direcionados a profissionais de saúde mental, atenção básica, mídia, educação e conselheiros foram lançados pelo Ministério da Saúde, seguindo inclusive os direcionamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Estas produziram documentos importantes que auxiliam os países nas formulações de políticas de prevenção do suicídio. Além disso, todos os Estados integrantes da OMS presentes no Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 pactuaram uma redução de 10% nas taxas de suicídio até 2020. O relatório da OMS intitulado *Prevenção do suicídio: um imperativo global* incentiva que cada país desenvolva e reforce estratégias de prevenção de abordagem multissetorial (WHO, 2014). Dessa forma, no primeiro semestre de 2019, foi sancionada a Lei nº 13.819/2019, instituindo a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil (PNPAS). Esta constitui um marco legal para possíveis regulamentações (decretos, portarias) que possam ser implementadas no território nacional, a fim de prevenir o suicídio (BRASIL, 2019) (DANTAS, 2019, p. 2).

1.c. Treinar de forma continuada parceiros envolvidos na identificação dessa demanda, promovendo escuta qualificada no nível mais básico da conversa, em que o jovem tem na figura do “educador”, dos profissionais da saúde e educação, ou até mesmo de outra pessoa disposta a um vínculo que o faça se sentir seguro para dizer a sua palavra e contar o seu sofrimento.

No tópico 2, o fio sendo tecido delicadamente com a presença e o compartilhar das experiências, tanto em grupo como individualmente, inclusive do amadurecimento das ideias digitais que poderiam incluir nossos jovens ao acesso do cuidado. 2.1. Os horários eram estabelecidos semanalmente ou quinzenalmente de acordo com a demanda de cada jovem. 2.b. Criar um canal direto de comunicação digital e expressão da juventude — instigar o uso dos dispositivos utilizados na linha de cuidado presencial em página específica no Instagram, não só como objetivo de prática educativa universal de prevenção ao suicídio, mas de um canal monitorado de diálogo, interativo e de intervenção na modalidade de plantão psicológico, com os adolescentes e jovens, com o objetivo de assistência online e preferencialmente em tempo real e de registro de produções das juventudes e adolescências (essa questão está no plano das ideias e pretendemos pô-la em prática na segunda etapa do projeto) 2.c. Fortalecer o trabalho coletivo com os grupos de adolescentes e jovens, estimulando esse público a circular pelo espaço do centro de especialidades municipal (espaço da saúde), de modo que eles possam se sentir pertencidos a esse lugar de cuidado e escuta humanizado e de conexão com a comunidade, e por se tratar de um espaço de livre demanda e acolhimento imediato, a forma de transitar e de acessar essa porta de entrada da atenção primária é a comunicação comunitária, por via dos próprios adolescentes e jovens (sabemos o quanto a comunicação entre os pares é efetiva no público jovem) e das estratégias saúde da família dispostas nos microterritórios.

Em relação à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução no 510, de 07 de abril de 2016 a pesquisa foi registrada no Comitê de Ética - CAAE 10289219.1.0000.5072 (aprovado) e seus desdobramentos seguiram com o mesmo rigor ético.

RESULTADOS

Notamos que a burocracia deixava as juventudes distantes do acesso aos serviços de saúde e suas linhas de cuidado e ainda continua a ser um desafio na atualidade. Daí a importância da dialética teoria e prática e a interface entre a pesquisa e a intervenção social.

[...] Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de administração estratégica (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas. Uma via de aproximação a essa temática desenvolvida no Brasil tem sido o recurso ao conceito de práticas de saúde, elaborado pioneiramente por Cecília Donnângelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (Donnângelo, 1976; Mendes-Gonçalves, 1994). Essa via tende a produzir reflexões e análises sobre planificação e gestão que não se limitam a pensar objetos-meio (recursos financeiros, materiais, “informativos”, de poder, etc.), isoladamente, mas suas articulações com objetos-fim (intervenção, assistência, acolhimento, cuidado, etc.) em uma totalidade social (PAIM, 2003, p. 559).

Apesar de não haver respostas mágicas para os problemas do cotidiano, o psicólogo que se propõe a ser interlocutor de espaços de escuta em saúde e educação, sabe quão desafiador é demonstrar aos profissionais o quanto o conhecimento psicológico pode contribuir nessa ponte e na cultura jovem e também para a gestão administração estratégica do cuidado.

Outra questão importante foi trabalhar paralelamente com aspectos da teoria do processo de trabalho em saúde e reduzir a fila de espera, de maneira livre, inusitada e que partiu principalmente do desejo daqueles jovens que, em algum momento da pesquisa, foram ouvidos e sentiram que aquele caminho poderia lhes abrir portas para a vida. Havia pelo menos dois anos que boa parte desses jovens atendidos se encontrava na fila de espera no Centro de Especialidades.

Desse modo, a formulação da teoria do processo de trabalho em saúde possibilitou uma reflexão sobre o objeto, os meios de trabalho, as atividades e os agentes (agentes-sujeitos ou sujeitos/agentes). Além disso, ao investigar as relações técnicas e sociais sob as quais se realiza o trabalho em saúde, o método histórico-estrutural permite o estudo das organizações, da distribuição do poder nas instituições e do processo decisório para a implementação de políticas (Paim, 2002). Essa linha de estudos tem realizado, recentemente, abordagens mais processuais das organizações, trazendo a interatividade e a comunicação dos sujeitos como objetos de reflexão, deslocando a ênfase da administração das coisas e para a condução de processos político-institucionais e de trabalho em saúde [...] (PAIM, 2003, p. 559).

No campo estratégico, percebemos o quanto foi e continua sendo desafiador firmar parcerias coparticipantes dessa proposta política de efetivar a prevenção primária dentro do SUS como uma política pública para as juventudes e adolescências no estado do Espírito Santo, pois uma série de prerrogativas burocratizantes se tornaram barreiras em alguns momentos para a construção das pontes de diálogo e parceria, inclusive de um problema básico como a sobrecarga dos profissionais e incompatibilidades de agendas.

Saúde e educação sempre teceram suas redes em duros desafios intrarredes que, ainda não superados, também causaram dificuldades para tecer as redes externas. Continuamos lançando movimentos em busca de inovações em velhas roupagens que se emaranham em redes circulares, no entanto, apenas mais um desafio a ser superado. Portanto, os conceitos de tecnologias leves, leves-duras e duras e a análise delas dentro dos processos de trabalho em saúde ajudam na compreensão dos desafios que apontamos enquanto tarefa no SUS, bem como para que a inclusão de estudos tecnológicos, inovação, agentes capacitados, influência na gestão e liderança sejam quesitos para caminhos promissores (PAIM, 2003).

A opção por uma análise crítica foi necessária para fortalecer o desejo de trabalhar de forma mais assertiva com as práticas de prevenção primária.

[...] quanto mais criticamente se exerça a capacidade de aprender tanto mais se constrói e desenvolve o que venho chamando “curiosidade epistemológica”, sem a qual não alcançamos o conhecimento cabal do objeto (FREIRE, 1996, p. 24).

E a prática sem o conhecimento cabal do objeto é uma prática utópica, mas forjamos/laçamos pelo esperar, sem dúvidas, de que é possível investigar, pesquisar o objeto e alcançar metodologias leves, leves-duras e duras, capazes de lidar com as diferenças sutis e gritantes dentro do campo das juventudes.

Porém, já tínhamos parcerias instituídas dentro do serviço de saúde, como foi o caso do ambulatório de saúde mental da atenção básica com o PSE e também dessa ponte com as ESF, então mesmo com desafios, foi uma comunicação que deu certo, no entanto, a comunicação com redes externas (SUAS, CREI) não fluíram como tínhamos expectativas, mas como afirmávamos, os desafios internos provavelmente contribuíram para a fluidez dos encaminhamentos responsáveis, da referência e contra

referência e de um olhar sistematizado para a linha de cuidado em saúde mental. E dessa responsabilidade também não eximimos o setor saúde; no entanto, cabe analisar os modos de articular o fazer e sua dependência de intervenções técnico-científicas, para além da política, inclusive direcionada também para as discussões dos modelos assistenciais disponíveis no SUS (PAIM, 2003).

[..] Além de uma “tecnologia de poder” ou de uma técnica que ajuda a dispor, arranjar e processar outras técnicas, bem como organizar e dirigir processos de trabalho, o planejamento pode ser um meio de auxiliar a interação entre os sujeitos no sentido de viabilizar um dado projeto ético-político para a saúde (PAIM, 1999, *apud* PAIM, 2003, p. 560).

Buscamos assim, fortalecer o canal de comunicação direta da gestão municipal com a atenção primária e os parceiros com o objetivo de fomentar e efetivar políticas públicas e designar ações estratégicas inclusivas de prevenção primária para as juventudes. É uma busca incessante, por acreditar que é possível uma resistência que por hora silenciemos, mas está plantada no coração. Não há mais como voltar atrás nesse empreendimento, muitos jovens estão sedentos para dizer a sua palavra. Nosso intuito é seguir com a etapa 2 e incluir mais pesquisadores, chamar a universidade novamente para essa demanda que precisa de ajuda e de ampliação dos serviços.

O trabalho em si é um chamado para o saber científico e para uma reflexão epistemológica do processo de trabalho em saúde. Ainda sabemos que também há outras pontes que precisam ser construídas de maneira genuína com os conselhos municipais (de saúde, educação e assistência social; conselho antidrogas; conselho da criança e do adolescente e conselho tutelar) e de também fortalecer esse canal genuíno de comunicação direta com a comunidade e o projeto Adolescências e Juventudes: uma longa história de amor com a vida.

No âmbito do planejamento e da gestão, caberia retomar propostas de diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico (Testa, 1992), assumindo o poder como categoria central de análise e identificando como seus objetos os serviços, organizações e sistemas, além de necessidades/problemas de saúde (Teixeira, 1999). Esse objeto de trabalho poderia ser delimitado, portanto como a relação entre os

problemas de saúde e as respostas sociais aos mesmos (Sá, 1993), o que significa pensar o planejamento e a gestão na sua articulação com as instâncias política, econômica e ideológica que compõem a estrutura social (PAIM, 2003, p. 561).

Existem entre os parceiros redes engendrando vida e potenciais promotores de prevenção primária e educação em saúde como, por exemplo, os serviços de convivência e fortalecimento de vínculos SUAS (adolescentes e jovens) — serviço que presta assistência a situações de vulnerabilidade social e que pode servir de suporte para as demandas sociais da juventude; o PROEPO que dissemina lindamente a ponte da língua materna nas escolas municipais, incluindo jovens que labutam na lavoura e utilizam-na como a principal forma de comunicação dentro da escola e fora dela.

Temos a pretensão de ampliar e fortalecer o vínculo e a adesão tanto com as escolas municipais e estaduais para uma segunda etapa do projeto, considerando que tiveram escolas estaduais como a EEEFM Graça Aranha (Centro) e a EEEFM Frederico Boldt (Caramuru) que aderiram imediatamente ao projeto e se destacaram como parceiros engajados nos encaminhamentos dos jovens que queriam participar do projeto e escolas municipais como a EMEF Vila Jetibá; EMEIEF São Sebastião; EMUEF Alto Rio Triunfo; EMUEF Rio Claro, enquanto as demais fizeram também encaminhamentos, no entanto, indiretos ou necessitando de melhor engajamento no projeto.

Os serviços de proteção especial de média complexidade SUAS - LA (serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida) e alta complexidade (Casa de Passagem) funcionaram como uma ponte forte de afeto e vínculo entre os jovens e profissionais que eram atendidos. No entanto, era um público que na maioria das vezes já tinha experimentado o lado sombrio da existência mutilada e autoinfringida pela tentativa de morte.

O desafio de encontrar soluções práticas para problemas cotidianos habita o submundo dos sistemas movidos por afetos humanos, carregados de correntes invisíveis e de desejos de manicômio, de aprisionamento da vida e dos processos de trabalho, não há como negar essa existência sombria.

Eis, portanto, um dos grandes desafios para o planejamento e a gestão em saúde: Articular em seu interior como prática social, tanto a explicação dos problemas de saúde dos distintos grupos populacionais na perspectiva apontada pela “epidemiologia crítica”, enfatizando as relações entre os problemas de saúde, as condições de vida e seus determinantes histórico-estruturais, quanto à compreensão das representações sociais acerca da saúde-doença e atenção à saúde dos diversos grupos, o que indica a necessidade de um planejamento participativo, em que os especialistas e população sejam atores e autores das respostas sociais aos problemas (TEIXEIRA, 1999 *apud* PAIM, 2003, p. 561).

O vínculo e o desejo por implantação de projetos e/ou implementação é sempre uma escolha afetiva, uma escolha humana... e o que continuamos escolhendo, aprendendo e de certo modo reproduzindo? Que a prevenção primária de fato vale a pena? Ou que dá menos trabalho medicar ou tratar, reabilitar, aprisionar a vida, os corpos e as mentes?

O tear dos fios do cuidado também não diminuiu em densidade e preocupações quando a tessitura/tecitura era a presença e o encontro genuíno com o outro. O plantão psicológico, por exemplo, foi a palavra plantada em que a flor ainda não desabrochou, mas o importante desse movimento foi o entendimento por parte da gestão de que existe essa necessidade quando se trata de desburocratizar a vida.

Tivemos alguns casos do setor de alta complexidade do SUAS que foram marcantes na memória das narrativas, e das tantas tentativas dos jovens atendidos de silenciar a vida, mas a cada palavra dita, a cada encontro genuíno, a vida teimava em brotar, resistir, tentar encontrar seu lugar no mundo.

Pensamos o cuidado como uma sustentabilidade do afeto, vinculado politicamente à prevenção primária e à promoção da saúde; saúde e bem-estar; educação de qualidade, considerando a educação para além dos muros da escola, uma educação para a vida sustentável; para a igualdade de gênero, considerando que é uma sociedade tradicional pomerana, regrada, delimitada por divisão sexual do trabalho e por papéis pré-estabelecidos socialmente enquanto homem e mulher que precisam ser revisitados.

É fato que não há revolução sem teoria, sem descobrir qual é o elo mais fraco que precisa ser rompido dentro de um círculo vicioso. É preciso “manha”,

persistência, revisitar as narrativas tantas e tantas vezes até a exaustão da síntese. É tarefa do pesquisador, não desistir, resistir, procurar... buscar as lacunas entre a filogênese e a ontogênese da palavra.

O cuidado também remete ao trabalho decente e crescimento econômico e a parceria com a secretaria de assistência social é imprescindível nesse quesito, bem como da administração pública para implantar a secretaria de trabalho e geração de renda para as adolescências e juventudes; redução das desigualdades que acreditamos começar pelo acesso as políticas públicas de saúde e educação e o atendimento das necessidades básicas dessa juventude; paz, justiça e instituições potentes para essa desafiadora empreitada, significa em termos, mudar o *modus operandi* para uma política pública de saúde preventiva e baseada num modelo de sustentabilidade e de governança para ações de determinantes sociais de saúde planetária (BUSS; FILHO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que esse projeto piloto é 100% replicável para fortalecer as experiências da atenção básica em todo o território brasileiro no campo da prevenção primária em saúde mental para as adolescências e juventudes. Essa prática de gestão e de frente de cuidado à juventude é uma iniciativa que conquistou frutos de 100% de resposta positiva de prevenção e promoção de vida e de saúde, chegando com a intervenção no momento da ideação, evitando mortes que podem ser evitáveis e também evitando recidivas com a prevenção secundária.

Podemos nos arriscar a citar alguns fatores de sucesso nessa ponte com os jovens, como por exemplo, a utilização da metodologia de ensino freireana e a empatia filosófica da abordagem rogeriana que colaboraram de modo significativo para utilizar os dispositivos citados na metodologia clínica e de ensino, dos quais instigamos o tear da existência.

Essa amorosidade citada também por Freire, por Rogers e pelo mito de Afrodite segue com a força da presença na vida das pessoas, quando se confirma a palavra do outro, se confirma sua existência como ela é, humana, como parte de todas as humanidades desse mesmo humano, sombrio e de luz, de dor e de alegria, de ódio e de amor, de essência e de aparência... simplesmente humano.

Precisamos escutar a existência e a vida que teima em brotar como um pedido de ajuda humanitária. O diálogo e a possibilidade de protagonismo em dizer a sua palavra (tanto das adolescências, quanto das juventudes) possibilitou ganhar o sentido e o significado para as vidas que continuaram vivas, pois as configurações das relações sociais na modernidade nem sempre permitem os jovens e adolescentes a se expressarem livremente na sua palavra.

Os dispositivos utilizados como ferramentas terapêuticas contribuíram para potencializar a fala dos participantes e disparar o desejo pela vida, por meio da arte, da literatura, do desenho, da poesia, da música, da dança e dos movimentos corporais foram de fato instrumentos potentes e canalizadores de energia de vida, porém nem tudo pudemos registrar em fotos ou vídeos devido à delicadeza do momento, mas certamente é uma energia que circula pelas vidas atravessadas pela dor, e está inclusive na oralidade do depoimento de todos eles frente a essa maneira de lidar com o cuidado.

Costumo contar para os jovens que por vezes chegam aborrecidos pelo encaminhamento de alguma “figura de autoridade”, que também acontece, devido às circunstâncias burocráticas das redes envolvidas e na tessitura/tecitura dessas narrativas, que muitos chegaram aborrecidos e depois no momento da alta, choraram porque não queriam ir embora.

Arrisco a dizer que essa casa é uma escolha afetiva, um lugar de entendimento do nunca entendido, de tesouros guardados na memória. De fato, penso que de todas as experiências a memória é a mais difícil de ser reconstruída, também não o seria para tais tesouros? Um lugar do Fogo Sagrado?

Quanto mais o humano se aproxima da sua própria natureza, dos sulcos entranhados pelas veredas da essência, mais distantes as dificuldades, que foram mínimas, diante das superações, pois a demanda dos jovens era gritante, no entanto, a adesão institucional é a que precisa de atenção e melhor comunicação para aumentar gradativamente a excelência e eficiência dos futuros resultados, estamos em processo de superação dessa dificuldade para a segunda etapa do projeto que é ampliar as ações e a proposta e implementar as sugestões aqui evidenciadas.

E quem sabe de si e si próprio... Se as juventudes e as adolescências foram silenciadas ou se silenciaram por algum motivo. É hora de subverter a ordem. Iemanjá, a Deusa, mãe das águas, nos ensina que o conhecimento científico é

primazia dentro da ordem cartesiana dos fatos, mas os fatos são narrativas do que ficou na memória, e se a memória é a principal forma da biologia do afeto, me parece que a ordem dos fatos é legítima.

Não podemos negar o conhecimento científico, mas podemos gestar e parir a memória desses jovens e legitimar a sabedoria de quem parece vir das entranhas da mulher. É de fato colocar nos seus devidos lugares a conexão crucial dos encontros humanos, como fonte do saber.

As perspectivas futuras são as melhores intenções em firmar parceria com a universidade e trazer professores, pesquisadores e estagiários de psicologia e de outras disciplinas, como colaboradores. Também incluir mais psicólogos na frente de trabalho coletiva, pois atualmente a equipe está 100% voltada para os atendimentos individuais devido à pandemia, sendo que há apenas uma psicóloga envolvida na linha de frente para o atendimento coletivo, e para a segunda etapa desse projeto pretendemos ampliar toda a equipe também para o trabalho coletivo. Pretendemos melhorar a comunicação da equipe com as escolas municipais e também estaduais, do ponto de vista da adesão. Fortalecer trabalhos no ambiente comunitário e escolar e outras modalidades de abordagem como palestras, *workshops* e outros meios de comunicação com os jovens.

REFERÊNCIAS

BALIEIRO, C. **O legado das Deusas**: caminhos para a busca de uma nova identidade feminina. 1. ed. São Paulo: Pólen, 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2007, v. 17, n. 1 p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 21 ago. 2021.

DANTAS, E. S. O. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 29, n. 03, e290303, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>. Acesso em: 22 ago. 2021.

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

PADILHA, P. R.; ABREU, J.; GADOTTI, M.; ANTUNES, A. B. (orgs.). **50 Olhares sobre os 50 anos da pedagogia do oprimido**. 1 ed. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2019.

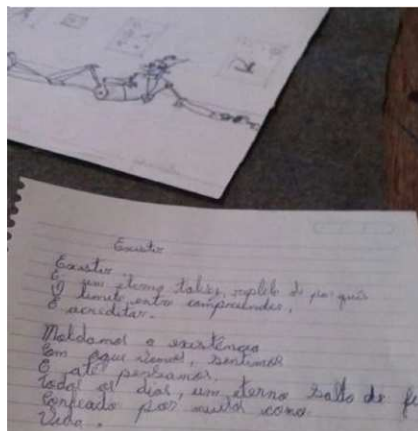
PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200017>. Acesso em: 22 ago. 2021.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SAFFIOTI, H. **Gênero Patriarcado Violência**. 2. ed. São Paulo. Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9DHVfVMbDV9WcdVtwPGMwHw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2021.

ANEXOS





A INTERVENÇÃO MUSICAL COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE ADOLESCENTES

Brunela da Vitória Dé Nardi
Gabriela Castro Silva
Jacqueline Alves Caetano Medeiros

INTRODUÇÃO

A música é um veículo expressivo para alívio da tensão emocional e para o desenvolvimento pessoal. Além disso, tem o potencial de relacionar as memórias do passado com o presente e de facilitar o relacionamento interpessoal. Desse modo, as experiências musicais possibilitam a ampliação do autoconhecimento, propiciando o autocuidado e a produção de bem-estar.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência da aplicação da música como tecnologia de cuidado, possibilitando a criação de vínculo com a equipe interprofissional e a abordagem de temas relacionados à saúde integral do adolescente na Atenção Primária à Saúde (APS).

O artigo trata-se de uma revisão bibliográfica ancorada num relato de experiência. Foi realizada uma coleta de artigos no portal Capes Periódicos considerando algumas legislações do Sistema Único de Saúde (SUS), como a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990b) e a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009).

Será utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011), que objetiva ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura à medida que o desejo do rigor metodológico e teórico da pesquisa seja confirmado através dessa técnica e de seu potencial exploratório, enriquecedor e, sobretudo, um atestado de cientificidade, de provas sobre as hipóteses levantadas.

A relevância social deste artigo consiste em contribuir para a discussão de temas afins à valorização do adolescente na comunidade, ressaltando a relevância das relações interpessoais no contexto em que está inserido. Considera-se

relevante a aplicabilidade da Colaboração Interprofissional (CIP) para a produção do cuidado ao adolescente, auxiliando no enfrentamento às adversidades e alcançando maior resolubilidade e qualidade da atenção à saúde do adolescente.

Do ponto de vista da relevância científica, observa-se uma escassez de referenciais teóricos que abordam a intervenção musical na Atenção Primária à Saúde (APS) e os benefícios que este recurso terapêutico pode trazer para esta fase de mudanças significativas e de transição que compreende a adolescência. Com o intuito de colaborar para a maior utilização da intervenção musical, a partir de ações planejadas e organizadas por uma equipe interprofissional.

Este trabalho se divide em quatro seções. Em primeiro lugar, busca-se uma articulação entre os princípios do SUS, da humanização e a forma específica da intervenção musical como forma de produção do cuidado em saúde no contexto da APS. Depois, detalha-se o relato de experiência da intervenção musical com adolescentes em uma Unidade de Saúde capixaba. Em terceiro lugar, apresentam-se as características da adolescência e a atenção à saúde para o público dessa faixa-etária. E, por último, busca-se apontar os resultados esperados e a necessária produção científica sobre o tema em discussão.

INTERVENÇÃO MUSICAL COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

A utilização da música com objetivos curativos e preventivos, bem como a investigação dos seus efeitos terapêuticos é milenar. Os xamãs (médicos primitivos) davam grande importância aos cantos mágicos e usavam os sons como forma de tratamento de doenças do corpo e da alma. Desde o século XVIII surgiram os primeiros artigos sobre o efeito da música e suas influências no tratamento de inúmeras doenças. Durante a Segunda Guerra Mundial houve experiências musicais feitas com ex-combatentes, demonstrando que a utilização da música e seus elementos ajudaram a diminuir a dor, o estresse e a ansiedade nos veteranos de guerra (OLIVEIRA; GOMES, 2014).

Considerando o que está disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que versa sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS (BRASIL, 1988), e também o que consta na Lei 8080/1990 a respeito dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, é suscetível compreender que a intervenção

musical é uma importante ferramenta capaz de contribuir para ações de garantia do bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990b; 2006).

No âmbito das Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (PICS), a musicoterapia possui uma relação intrínseca com outras áreas do conhecimento, abarcando arte, ciência e saúde. Franzoni *et al.* (2016) ressalta que a utilização da música por profissionais da saúde que não possuem formação específica em musicoterapia deve ser nomeada somente de intervenção musical. A intervenção musical pode ser utilizada como forma de produção de cuidado em saúde. Tendo em vista que as PICS

envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006b, np).

Desse modo, a intervenção musical pode ser considerada um instrumento para fortalecimento da concepção ampliada de saúde, tal como preconiza o SUS (BRASIL, 1990). Entretanto, reitera a diretriz do autocuidado e do protagonismo dos indivíduos, famílias e comunidades. Além disso, vale ressaltar que a ampliação do setor saúde na perspectiva dos determinantes sociais da saúde e da integralidade da atenção, tem como base a prevenção e promoção da saúde, com o intuito de aumentar o grau de resolubilidade da APS (BRASIL, 2006b).

Apesar dos inúmeros avanços, a construção do SUS ainda encontra várias limitações que impactam diretamente no trabalho cotidiano dos membros das equipes de Saúde da Família. Dentre eles destacamos o modelo biomédico construído no país desde a década de 80, mais intensificado na década de 90, que gera uma baixa resolubilidade da rede básica de serviços, dificultando a construção de vínculo e a produção de autonomia do usuário (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem o objetivo de promover a inovação nas práticas de gestão e produção do cuidado em saúde através da escuta qualificada e criação de vínculos. Busca colocar em prática os princípios do SUS nos cotidianos dos serviços de saúde, estimulando a inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado. Apostando

no princípio da transversalidade da humanização, reiterando a necessidade do uso de ferramentas para a consolidação de vínculos e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Tais mudanças só podem ser alcançadas através de uma construção coletiva de novos modos de fazer saúde (BRASIL, 2009).

Observa-se que, na maioria das vezes, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde dificulta o cuidado de forma humanizada, não sendo estabelecidas as relações de vínculos necessárias para que a comunicação e a escuta qualificada façam parte do cuidado.

Nesse contexto, deve-se perspectivar a música como uma das estratégias para humanização que vai além de procedimentos, utilizando uma tecnologia leve, de baixo custo, sem efeitos colaterais, capaz de potencializar os cuidados em saúde. A intervenção musical contribui para uma melhor interação entre equipe/paciente e entre a própria equipe multidisciplinar, sendo uma forma de aprendizagem para ambos, resultando em um atendimento mais acolhedor e humanizado (GONÇALEZ; NOGUEIRA; PUGGINA, 2008; ARAUJO; SILVA, 2013).

Além disso, do ponto de vista dos princípios da APS, a intervenção musical na atenção à saúde dos adolescentes contribui para a centralidade da família como diretriz do processo de trabalho na ESE, uma vez que o envolvimento daqueles em ações grupais visa ao fomento da autonomia, autocuidado, bem-estar, melhora das relações interpessoais etc. Desse modo, com o intuito de criação de vínculos e ampliação do cuidado, busca-se articular práticas de formação educativa em saúde (BRASIL, 2017).

A intervenção musical tem como um dos objetivos a prevenção e promoção da saúde, permitindo compreender a complexidade histórica e existencial de cada pessoa, sem perder as singularidades que compõem os modos de vivenciar as condições ameaçadoras do adoecimento. Nesse panorama, a música é compreendida como um remédio: transcorre o corpo e atinge a alma (FRANZONI *et al.*, 2016).

Assim, a música se mostra como uma linguagem universal, capaz de provocar sentidos que excedem os limites da expressão verbal, permite o estímulo à memória afetiva, mobilizando conteúdos com os quais a comunicação verbal não é suficiente para lidar (ARAUJO; SILVA, 2013).

Sob o prisma da integralidade da atenção, a música como elemento terapêutico “facilita o cuidado biopsicossocial e espiritual e a interação do

profissional com o paciente” (CRUZ *et al.*, 2015, p. 559 apud FERREIRA; REMEDI; LIMA 2012). Além disso, possibilita a conscientização a respeito do processo saúde-doença e a suas formas de intervenção na vida cotidiana.

Evidencia-se que a utilização da música como terapia produz efeitos fisiológicos no organismo humano, tais como “alterações na frequências cardíaca e respiratória, alteração na pressão arterial, relaxamento muscular, aceleração do metabolismo, redução de estímulos sensoriais (...) e alívio da dor crônica” (GONÇALEZ; NOGUEIRA; PUGGINA, 2008).

Além disso, a intervenção musical reduz a tensão e a ansiedade, contribuindo para a melhora da qualidade do sono e facilita o contato com a realidade, principalmente após eventos traumáticos. Sendo, portanto, uma ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento às dificuldades do cotidiano (CRUZ *et al.*, 2015).

Tendo em vista o que foi desenvolvido sobre a intervenção musical como forma de produção de cuidado em saúde, será descrito no próximo item um relato de experiência vivenciado numa Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

RELATO DE EXPERIÊNCIA: INTERVENÇÃO MUSICAL COM UM GRUPO DE ADOLESCENTES NA SAÚDE DA FAMÍLIA

A proposta da intervenção musical em grupo surgiu em um atendimento psicossocial com uma adolescente que possuía dificuldades de expressão dos seus sentimentos, além de viver num contexto familiar de vulnerabilidade social. Os atendimentos eram iniciados com atividades lúdicas, e após vários atendimentos, a paciente começou a propor novas formas de brincar através da música.

A intervenção musical produziu efeitos benéficos e a partir daí, emergiu a ideia do grupo de adolescentes, tendo em vista a alta demanda de questões afins à saúde mental nesta faixa-etária. Além disso, um ponto em comum que fortaleceu o uso dessa ferramenta foi a identificação da música como forma de alívio da tensão emocional.

Por sua vez, “o grupo configura-se como a união de dois ou mais indivíduos interdependentes em ação interativa para a obtenção de objetivos em comum” (NUNES *et al.* 2020, p. 67). Nesse sentido, constitui-se como uma realidade dinâmica, representando a

célula social bruta, o contexto micro que transporta o significado e o funcionamento do macrossocial. Todo grupo possui uma dinâmica própria resultante do conjunto de interações que ocorrem no interior do espaço psicossocial. Tais interações podem manifestar conflitos, repulsas, atrações, trocas, comunicação ou ainda coerções e pressões. (NUNES *et al.* 2020, p. 67)

Cada componente do grupo reflete nas dinâmicas a forma como é na sociedade. Todos demonstram seus medos, ansios, papéis exercidos socialmente e na família etc. Além disso, apesar do enfoque no “aqui e agora”, os grupos necessitam de tempo para o alcance da estabilidade e segurança. Quanto mais confiança for estabelecida entre os componentes dos grupos, maior a possibilidade da cura, ou melhor, da criação do “ambiente curativo” (YALOM, 2016).

O objetivo da intervenção grupal consiste em auxiliar os indivíduos a compreenderem a forma como se relacionam com os outros, dentro e fora do grupo; promover o autoconhecimento e o estímulo da autonomia, possuindo propriedades curativas tanto para os pacientes quanto para os facilitadores; além de formas de produção de bem-estar e autocuidado (YALOM, 2016).

Desse modo, o cenário do projeto de intervenção na prática profissional foi a Unidade de Saúde da Família da Barra do Riacho, em Aracruz/ ES. A estratégia utilizada foi a aplicação da intervenção musical como tecnologia de cuidado da equipe interprofissional nos encontros quinzenais com um grupo de adolescentes totalizando aproximadamente 10 participantes de faixa etária entre 12 e 18 anos que têm em comum a busca pelo serviço de saúde na ESF. Trata-se de um grupo em formação, uma vez que em cada encontro foram adicionados novos componentes e utilizou-se da metodologia de roda de conversa.

Foi desenvolvido na modalidade presencial no período dos meses de junho a agosto do ano de 2021, respeitando as medidas preventivas devido à pandemia do covid-19 presente neste período. Foi realizado em parceria com a Associação Comunitária de Barra do Riacho (ACBR) que cedeu o espaço físico para a aplicação das atividades planejadas. Além disso, utilizou-se como instrumentos para a intervenção musical o violão, cantoria e dinâmicas.

Até o momento foram realizados três encontros. O primeiro encontro ocorreu em uma sala da unidade com espaço suficiente para comportar,

apropriadamente, os cinco participantes e as duas facilitadoras (uma psicóloga e uma assistente social). O encontro teve início com a explanação dos objetivos e da metodologia a serem seguidas pelo grupo. Estabeleceu-se um pacto de horário, uma tolerância de atraso e foi solicitada a assinatura na lista de presença. Em seguida, foi realizada a apresentação de cada participante, momento em que todos discutiram sobre sua relação com a música, tal como gosto musical, habilidade com instrumentos musicais e canto. A seguir, aplicou-se a dinâmica Apresente o seu Colega, em que os participantes formaram duplas e entrevistaram-se. Logo após, apresentaram as informações coletadas sobre filme ou série favorita, música ou banda preferida e *hobby*. Essa dinâmica tinha o intuito de interação entre os participantes para que eles pudessem se conhecer melhor e identificar possíveis interesses em comum.

Em sequência, aplicou-se a dinâmica Resgate uma Música. Nessa dinâmica, os participantes eram estimulados a resgatar na memória uma música que contivesse uma determinada palavra mencionada pela facilitadora e aqueles que se lembravam de uma canção, eram incentivados a cantar a música que havia a palavra citada na dinâmica.

Após a execução das dinâmicas, os participantes foram motivados a cantar e tocar músicas de acordo com a habilidade instrumental e a preferência do grupo. A assistente social acompanhava a música escolhida com o violão, no intuito de incentivar os adolescentes na atividade proposta. Para o encerramento, foi realizada uma avaliação do encontro, momento em que houve uma abertura para sugestão de futuras atividades.

O segundo encontro decorreu com um total de seis participantes e duas facilitadoras (psicóloga e assistente social), numa sala cedida pela ACBR, localizada no andar de cima da Unidade. Iniciou-se com os novos integrantes se apresentando e externando algumas características pessoais, como estilo musical e relação com a música.

Em seguida, aplicou-se a dinâmica Batata Quente, que consistia em passar um objeto de um participante para o outro, numa roda, enquanto a música estava tocando. Após certo tempo, o participante que estava com o objeto quando a música parava, tinha que retirar de um pote um papelote dobrado que continha perguntas pessoais, como: “Você tem um/a melhor amigo/a? Como começou essa

amizade?"; "Já participou de algum evento musical? Como foi?"; "Se você pudesse ser outra pessoa, quem você seria?"; ou "Entre cantar, tocar um instrumento, desenhar e dançar, o que você prefere? Por quê?".

Além de perguntas haviam também alguns pedidos, tais como: "Fale sobre o melhor show ou festa que já participou."; "Narre alguma situação em que pagou um mico ou passou vergonha"; "Conte sobre um lugar que gostaria de conhecer"; "Relate um sonho que você gostaria de realizar"; ou "Conte-nos uma história engraçada sobre sua família".

O participante que retirava o papelote tinha que ler em voz alta o conteúdo expresso e escolher um integrante da roda para responder. Foram 10 papelotes ao todo, sendo o propósito dessa dinâmica a promoção do autoconhecimento e a integração entre os adolescentes.

Após a dinâmica, os participantes foram convidados a tocar e/ou cantar algumas músicas de suas preferências. A assistente social acompanhava, com o violão, a música escolhida pelos adolescentes. Em seguida, passou-se a lista de presença e foi solicitado aos participantes que trouxessem no próximo encontro o nome de uma música que tivesse relação com o momento que cada adolescente vivencia e um desenho referente à banda musical que apreciam.

O terceiro encontro aconteceu com oito participantes e três facilitadoras (psicóloga, enfermeira e assistente social), em um espaço cedido pela ACBR. Iniciou-se com a apresentação dos novos integrantes. Os participantes preencheram a lista de presença. A psicóloga guiou os participantes para a realização de uma meditação, como forma de relaxamento. Em seguida, houve a explanação a respeito do tema "Ansiedade", momento em que a psicóloga explicou o conceito e algumas formas de combater a ansiedade. Logo após, houve o incentivo ao compartilhamento de um momento de ansiedade em que foi possível reverter o quadro, controlando a ansiedade. Esse momento teve o propósito de transmitir novas estratégias de enfrentamento à ansiedade.

Logo após, foi realizada a dinâmica Adivinhe o autor do desenho. Nessa dinâmica, utilizaram-se os desenhos trazidos pelos participantes do grupo, atividade solicitada no encontro anterior. A dinâmica consistiu em passar, pela roda, um desenho por vez para que cada participante tentasse adivinhar o autor do desenho e fizesse o registro do possível autor de cada desenho no papel. Ao

final do último registro/desenho, um participante aleatório tinha que falar em voz alta quem ele achava que tinha feito o primeiro desenho e entregar o desenho a esta pessoa. Caso o autor do desenho não fosse aquela pessoa, o participante que recebeu o desenho deveria dizer quem ele pensou que tinha feito o desenho e deveria entregar a arte àquela pessoa. Caso fosse o autor do desenho, a pessoa que desenhava deveria falar em voz alta quem ela acreditava que tinha feito o próximo desenho, seguindo a mesma sequência de procedimento do participante aleatório. Esta dinâmica teve a intenção de integração e valorização dos adolescentes, levando em consideração o interesse dos participantes por música e desenho.

Ao final da dinâmica Adivinhe o Autor do Desenho, aproveitando que todos os participantes terminaram com o seu próprio desenho, foi solicitado que cada participante se pronunciasse sobre o significado de seu desenho e comentasse um pouco sobre a banda musical escolhida para a arte.

Seguiu-se com o momento de canto livre, em que os participantes foram incentivados a tocar violão e/ou cantar músicas de sua preferência. Nesse encontro houve a disponibilização de obras literárias para empréstimo e o incentivo à leitura. Além disso, foi solicitado que trouxessem para o próximo encontro materiais recicláveis como garrafas PET, latas de alumínio, tampinhas de garrafa PET/vidro, pratos descartáveis, bexigas, elásticos, fitas adesivas, entre outros, para atividade futura de oficina de instrumentos musicais. Como nem todos os participantes entregaram a atividade referente ao nome de uma música que tem relação com o momento atual vivenciado pelo adolescente, solicitou-se aos participantes que não apresentaram essa atividade que o fizessem no próximo encontro. O encontro foi finalizado com uma avaliação, na qual os adolescentes puderam sintetizar o que pensaram do encontro com uma palavra.

O grupo de intervenção musical com adolescentes está em andamento, como é possível observar, com novas possibilidades de produção do cuidado em saúde. Para os próximos encontros, planeja-se abordar temas de interesse dos adolescentes, oferecendo um espaço para a troca de experiências e dando voz a este público para exposição de suas ideias, bem como para a valorização e o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Segundo o Ministério da Saúde, a faixa-etária da adolescência está entre 10 e 19 anos de idade. No âmbito da Saúde da Família, a proteção integral à saúde do adolescente indica uma atuação intersetorial, de modo que as demais instituições da rede possam colaborar para produção do cuidado em saúde, boas condições de lazer, educação, alimentação etc.

Desse modo, o cuidado ao adolescente pressupõe a horizontalização das ações e das relações profissionais para favorecer o acesso aos serviços, o acolhimento e o vínculo. Diante de tais ações, visa atingir as necessidades de saúde deste público, as quais podem se mostrar de naturezas diversas e nem sempre visíveis aos gestores e trabalhadores de saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), o adolescente é reconhecido como sujeito de direitos e em fase desenvolvimento, ao qual se deve a proteção integral. No que diz respeito à atenção à saúde, o ECA destaca que,

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência [...] (BRASIL, 1990).

Assim, a legislação supracitada compreende a perspectiva da integralidade pela via da intersetorialidade. Além de apontar como diretriz a concepção ampliada de saúde, que não se reduz à ausência da doença. A meta, portanto, é a prevenção e promoção da saúde, destacando as principais características da APS e sua forma de organização do processo de trabalho.

Ainda no âmbito da saúde, uma recente atualização do ECA institui a Semana Nacional da Prevenção da Gravidez na Adolescência, considerando que as consequências desse ato precoce podem ocasionar rupturas prejudiciais à vida dos jovens pais e da criança em gestação. Acrescenta-se que o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes nos últimos anos tem se refletido no aumento da demanda para o setor saúde, apontando assim para a necessidade de fomentar ações de educação em saúde com a equipe, com as famílias e com a comunidade em geral.

Nesse sentido, a fase da adolescência é uma construção social cercada por estigmas. Todavia, é preciso destacar a complexidade dessa faixa etária. Mais do que cobranças sociais relacionadas ao bom desenvolvimento, à preparação para vida adulta, à escolha de profissão etc., a adolescência também é marcada pelas mudanças comportamentais relacionadas às alterações fisiológicas, principalmente cercadas por questões afins à sexualidade e à saúde mental (AMARAL, 2007).

Além do que, Amaral (2007) também destaca que a adolescência possui algumas características psicológicas, tais como: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocamento temporal, evolução sexual, atividade social reivindicatória, separação progressiva dos pais e constantes flutuações de humor.

No que diz respeito às duas primeiras características supracitadas, pode-se perceber que no desenvolvimento do adolescente ambas se vinculam. A busca da identidade e de si mesmo se processa nos grupos sociais. Seja na escola, na igreja, no time de futebol ou na banda musical. A tendência grupal da adolescência tende a dimensionar todas as outras características, uma vez que, esse período da vida é marcado pela comparação com o outro e a necessidade de se sentir validado e aceito socialmente (AMARAL, 2007).

Compreendendo esse contexto e, tal como aponta o relato de experiência, o grupo de intervenção musical com adolescentes no âmbito da APS tem como frente de trabalho o fomento às ações coletivas de cuidado. É possível, portanto, que haja o fortalecimento da dimensão educativa, começando pelos adolescentes da família e, com o intuito de expandir-se para todas as faixas etárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de conclusão deste trabalho, mas longe de encerrá-lo, vale ressaltar que o projeto da intervenção musical com grupo de adolescentes ainda está em processo de construção e será alvo de estudos do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) de duas residentes. Desse modo, este artigo será revisitado e reconstruído após a defesa do trabalho, com o compromisso de atualizar e socializar as informações a respeito do relato de experiência e dos resultados alcançados.

Todavia, é possível apontar alguns dos resultados esperados: aumento do grau de resolubilidade da APS no que concerne às demandas da Saúde Mental dos adolescentes; melhoria das relações interpessoais dos adolescentes no âmbito escolar, familiar, social, etc. fortalecer a perspectiva do trabalho coletivo na Unidade de Saúde; expansão do Programa Saúde na Escola (PSE), de modo que a Unidade de Saúde seja um ponto coordenador da Rede de Atenção à Saúde em conjunto com a política de Educação.

Assim, mencionar a possibilidade de aumento do grau de resolubilidade da APS significa que a intervenção musical tem se constituído enquanto uma estratégia de trabalho coletivo, de colaboração interprofissional e planejamento popular, que tem ousado atuar com base numa concepção ampliada de saúde.

Por sua vez, a melhora das relações interpessoais é uma aposta que concorda com o fato de que a adolescência é um período de tendência grupal. Podendo este projeto potencializar o bem-estar e a produção de saúde dos componentes a partir das vivências em grupo.

Em última instância, na perspectiva da intersetorialidade, espera-se que haja a expansão do PSE. Pois se acredita fortemente na interface entre educação e saúde, bem como a potência dessa interlocução para melhoria das condições de vida dos adolescentes e de suas famílias. Sendo assim, reitera-se a necessidade de aprofundamento dos temas discutidos neste artigo, haja vista a pouca produção teórica encontrada.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V. L. **Psicologia da Educação**. EDUFRN, 2007. Natal-RN, 208 p., 2007. Disponível em: http://www.ead.uepb.edu.br/arquivos/cursos/Geografia_PAR_UAB/Fasciculos%20-%20Material/Psicologia_Educacao/Psi_Ed_A05_J_GR_20112007.pdf. Acesso em: 06 set. 2021.

ARAÚJO, T. C.; SILVA, L. W. S. Música: estratégia cuidativa para pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm UFPE** [online], Recife, v. 7, n. 5, p. 1319-25, maio. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11615/13668>. Acesso em: 06 set. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

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

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: www.saude.gov.br/legislacao. Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais. **Pactos Pela Vida, em defesa do SUS e da Gestão**. Brasília: 2006Aa. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436 de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: 2006b. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/38%20-%s20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE_%20Portaria%20n%C2%BA%20971,%20de%2003%20de%20maio%20de%202006_.pdf. Acesso em: 06 set. 2021.

CRUZ, I. M. da *et al.* A música como intervenção e cuidados em saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 01, p. 559, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2581>. Acesso em: 06 set. 2021.

FERREIRA, C. C. M.; REMEDI, P. P.; LIMA, R. A. G. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 689-93, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500018. Acesso em: 06 set. 2021.

FRANZONI, M. A. H. *et al.* Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XYSRFmZdj4CKVpyfv87QcHn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2021.

GONÇALEZ, D. F. C.; NOGUEIRA, A. T. O.; PUGGINA, A. C. G. O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.13, n. 4, p. 591-596, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/13121/8881>. Acesso em: 06 set. 2021.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/QFZdJ9YdQf7Py93c8VPjm6K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2021.

NUNES, F. C. *et al.* Dinâmica de grupo e pesquisa-ação em saúde: Possibilidades de aplicação. **Millenium**, v. 2, n. 11, p. 65-71, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6633/1/7-art-DIN%c3%82MICA%20DE%20GRUPO-Fernanda%20Nunes-PT-sa%c3%bade.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.

OLIVEIRA, C. C.; GOMES, A. Breve história da musicoterapia, suas conceptualizações e práticas. **In: Atas do XII congresso da SPCE**, Portugal, p. 754-764, 2014.

YALOM, I. D. **A cura de Schopenhauer**. Tradução: Beatriz Horta. 1. ed. Rio de Janeiro: Harper Collins. 368 p. Brasil, 2016.



RELATO DE EXPERIÊNCIA EM CUIDADO PALIATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS, CONQUISTAS E PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS

Ana Cristina Borges de Aguiar
Ana Cláudia Martins Araújo
Gabriela Moreira Conte
Izabella Verduc dos Santos Mendes
Karolina Torneire Zago Pego
Lorena Canal Machado Ost
Raphaela Karina Ribeiro de Carvalho
Shayla Raizem Spalenza
Tamiris Rose Sousa Viana
Thayná Ariane Venturine de Oliveira
Veronice Silveira Porto Oliveira

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu em 1990 o conceito de Cuidados Paliativos (CP), que foi redefinido em 2002 e atualizado em 2017 que consiste em:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2017).

A OMS elencou princípios que norteiam a atuação da equipe multiprofissional, como o início do tratamento precoce; promover melhor qualidade de vida; alívio da dor e outros sintomas; compreender a morte como um processo natural da vida; não abreviar nem postergar a morte; contemplar aspectos psicológicos e espirituais na atenção ao paciente; promover subsídios para uma vida ativa; propiciar apoio familiar durante o tratamento do paciente e estratégias de enfrentamento ao luto (WHO, 2002).

Em contraposição ao preceito de que a abordagem se inicia desde o diagnóstico de doença que ameaça a vida, comumente observa-se no contexto de atuação o uso de expressões que remetem o paciente em CP à terminalidade, como: “paciente em fim de vida”, terminal, paciente paliativo, que não tem cura, que não há nada a ser feito”, evidenciando a fragilidade acerca desta abordagem.

Notavelmente, a assistência é focada na doença, reforçando o modelo biomédico que tradicionalmente foi preconizado nas universidades, não abordando em toda plenitude as dimensões biopsicossociais e espirituais do indivíduo, que regem o CP.

Diante do exposto, torna-se necessária a abertura do diálogo para sensibilização, discussão e engajamento do tema cuidados paliativos com ênfase na atenção primária entre os profissionais da área da saúde, além do compartilhamento de experiências vivenciadas, os desafios encontrados e o impacto desta abordagem inovadora na APS, ampliando desta forma as dimensões do cuidado aos pacientes.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi a identificação da formação acadêmica acerca do cuidado paliativo entre os diferentes cursos de graduação na área de saúde, promover ação educativa visando fomentar o conhecimento sobre conceitos e princípios acerca do tema entre os profissionais da APS, apresentar algumas experiências vivenciadas na APS, por meio de casos clínicos e identificar os desafios relacionados à incorporação do CP na prática da APS.

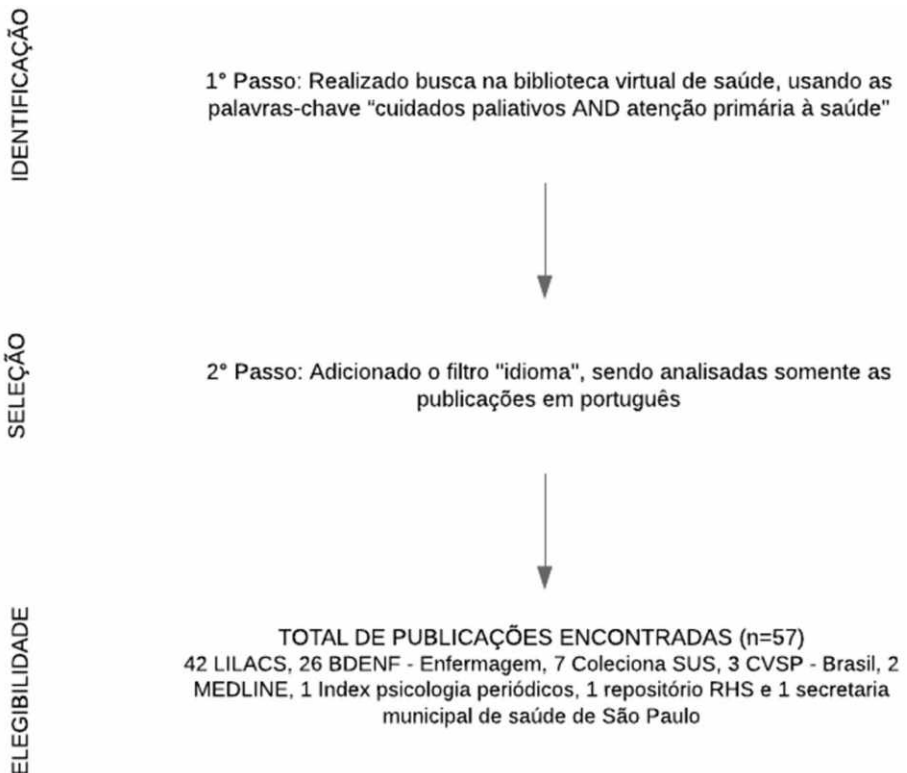
METODOLOGIA

Por este motivo, foi realizada pela equipe multiprofissional em CP/APS uma busca em universidades do Espírito Santo, perfazendo um total de 11 instituições de ensino, entre oito cursos de graduação (enfermagem, serviço social, fisioterapia, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, farmácia, odontologia), que revelou que a formação acadêmica em áreas de saúde não contempla em sua matriz curricular o estudo sobre os CP em disciplinas obrigatórias e optativas, em inobservância à resolução n° 41 de 31 de outubro de 2018 que “dispõe sobre as

diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)". O Art. 3º ressalta que "a organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos: IV – fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde".

Adicionalmente em busca na biblioteca virtual de saúde, usando as palavras-chave "cuidados paliativos AND atenção primária à saúde", com o idioma português, foram encontrados 57 artigos disponíveis com texto completo, dos quais 42 são da LILACS, 26 são da BDENF - Enfermagem, sete da Coleção SUS, três são da CVSP - Brasil, dois da MEDLINE, um da Index psicologia periódicos, um do repositório RHS e um da secretaria municipal de saúde de São Paulo, demonstrando a exiguidade de estudos sobre o tema.

Figura 1. Fluxograma com as etapas de busca na biblioteca virtual de saúde.



Fonte: Autoria própria, 2021.

Em contraposição ao exposto, a Regional de saúde Boa Vista, no Município de Serra - Espírito Santo, foi contemplada com o Programa de Residência Multiprofissional em CP, instituído pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do estado, por intermédio do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, pela Lei Complementar nº 909/19 em 26 de abril de 2019 (BRASIL, 2019). A equipe inicialmente propôs uma ação educativa intitulada café paliativo, visando fomentar o conhecimento sobre conceitos e princípios sobre o tema, e avaliar o conteúdo do conhecimento dos profissionais da URS Boa Vista, que incluiu enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas, auxiliar de saúde bucal, técnicos de enfermagem, auxiliar de farmácia, assistentes sociais, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo e gerente da unidade de saúde.

Para mensuração do nível de conhecimento dos profissionais sobre o tema, foi elaborado um questionário anônimo (APÊNDICE 1). O objetivo deste questionário era de verificar o grau de aprendizado mediante a ação educativa. O questionário foi constituído de nove questões com quatro alternativas de respostas. Este questionário foi aplicado no início e ao término da atividade educativa para 30 profissionais da URS Boa Vista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Responderam ao questionário 30 profissionais da URS Boa Vista, representados na tabela 1.

Tabela 1. quantitativo dos profissionais que participaram da ação educativa.

| ÁREA | N |
|-------------------------------|---|
| Técnicos de enfermagem | 5 |
| Agentes comunitários de saúde | 4 |
| Médicos | 4 |
| Cirurgiões dentistas | 4 |
| Assistentes sociais | 3 |
| Enfermeiros | 2 |
| Auxiliar de saúde | 2 |

| | |
|------------------------------------|---------------------|
| Auxiliar de farmácia | 1 |
| Nutricionista | 1 |
| Fisioterapeuta | 1 |
| Educador físico | 1 |
| Auxiliar administrativo (recepção) | 1 |
| Gerente da unidade de saúde | 1 |
| TOTAL | 30 profissionais |

Fonte: Autoria própria, 2021.

Com base nos resultados encontrados, observa-se no Gráfico 1 que antes da ação, 64% (160 respostas) do questionário foram respondidas de forma correta e, após esse momento, esse percentual subiu para 79,2 % (198 respostas) de acertos, tendo um aumento de 15,2%.

A partir dos resultados verificados, pode-se constatar que o tema é pouco difundido pelos profissionais, na Atenção Primária em Saúde, e após análise dos questionários antes e após a ação, percebeu-se que houve sensibilização sobre o assunto. Esta hipótese pode ser confirmada por meio dos encaminhamentos destinados à equipe de residência multiprofissional em CP, que foram: demonstração de uma maior reflexão crítica dos profissionais sobre as necessidades em saúde dos usuários e das demandas do serviço e o trabalho interdisciplinar.

Na questão 1, representada pelo Gráfico 2, onde foi questionado em que fase da doença se inicia os CP, 30 % das questões foram respondidas corretamente e após a ação educativa, o percentual aumentou para 70% de acertos.

Na questão 2, representada pelo Gráfico 3, sobre quem se beneficia dos CP, no período pré-ação educativa, 60 % dos participantes responderam corretamente a alternativa que afirma que se beneficiam aqueles pacientes com doenças que ameaçam a vida. Já no período pós-ação educativa o resultado foi de 83,3 % de acertos. Estes resultados revelam um maior esclarecimento sobre os critérios de elegibilidade acerca do cuidado paliativo, visto que o cuidado exibe inúmeras especificidades.

Por fim, na questão 3, no Gráfico 4, sobre quais aspectos abordados pelos CP. No período pré-ação educativa, 60 % responderam à alternativa correta, que enumerou a dimensão física, psicológica, social e espiritual. No período pós-ação educativa o número aumentou para 83,3 % de acertos. Estes resultados demonstram que por intermédio da ação educativa foi possível suprir algumas fragilidades, relacionadas à formação profissional, no que diz respeito ao cuidado paliativo.

Nesse sentido, no ano de 2004 foi instituída a Portaria nº 198, que estabeleceu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de forma a constituir uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), para formação e desenvolvimento de recursos humanos para a área. Esta portaria contém em suas recomendações eixos norteadores acerca da formação ideal de um profissional de saúde, que deve atuar visando à integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional, elaboração de projetos terapêuticos assentados na lógica interprofissional e colaborativa (BRASIL, 2004).

O processo de formação em saúde é amplo e, dada à condição humana e social de profissionais e usuários, ele vai além da obtenção de conhecimentos para tratamento da doença; enfatizando o cuidado com a saúde e o ser humano em sua totalidade.

Diante deste cenário, é imprescindível que a temática sobre o CP, seja integrada ao currículo das universidades. Notadamente é preciso a abertura do diálogo para sensibilização e disseminação do conhecimento, engajamento e medidas que qualifiquem sobre a temática, entre os profissionais da área da saúde, com ênfase na atenção primária à saúde. Diante do vínculo e proximidade estabelecidos com o usuário, é possível promover a potencialidade da atenção, novas maneiras no cuidado, conciliar as dimensões teóricas e práticas da profissão, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população (Gráfico 1; Gráfico 2; Gráfico 3; Gráfico 4).

Experiências Vivenciadas na APS

A Atenção Primária em Saúde (APS), é o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, por esse motivo, é possível promover o melhor nível de assistência à saúde no âmbito do CP. Diante da proximidade e vínculo com o

usuário, é possível garantir ações preventivas e plano de cuidados humanizados, com ênfase na atenção domiciliar que abrange a dimensão biopsicossocial e garante a atenção ao usuário no seio familiar.

Em diversos países, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o melhor nível de assistência à saúde para a prestação e coordenação dos CP de seus usuários. Isso porque se entende que a proximidade geográfica, cultural e emocional desses profissionais pode contribuir em muito para que o cuidado ocorra de forma humanizada, respeitando-se a autonomia de pacientes e famílias de forma coordenada, evitando-se a fragmentação do indivíduo a partir dos múltiplos especialistas que usualmente estão envolvidos nesses casos, devido à sua complexidade. Além disso, a APS pode estruturar-se de modo a privilegiar a permanência do paciente em CP no domicílio, evitando o afastamento da família (STARFIELD, 2002).

Para este fim, foram realizadas as seguintes ações:

1. 1. identificação da demanda de pacientes para atendimentos mediante busca ativa na base de dados do sistema de regulação de vagas;
2. 2. encaminhamento de profissionais da equipe de saúde da URS Boa Vista;
3. 3. demanda espontânea.

Os atendimentos foram realizados no período entre 11 de janeiro e 20 de julho de 2021, ou seja, por um período de seis meses.

Os preceitos adotados para identificação dos critérios de elegibilidade, pela equipe, foi a utilização de ferramentas como o *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT™), originalmente desenvolvida em 2010, pelo grupo de pesquisa em CP, da Universidade Edinburgh, Escócia. O SPICT é um instrumento fácil de ser utilizado, pois permite avaliar os sinais de deterioração clínica dos pacientes e auxilia na identificação clínica de pacientes com condições avançadas que podem se beneficiar do suporte e dos CP.

Além da utilização do *Palliative Performance Scale* (PPS), introduzida por Anderson *et al.* (1996) uma ferramenta para medir o estado funcional dos pacientes em CP, este dispositivo provê a avaliação da deambulação, do nível de atividade, evidência de doença, autocuidado, ingestão oral e nível de consciência.

Os casos clínicos vivenciados com foco na abordagem paliativa no cenário da APS, serão descritos neste trabalho, uma vez que há limitação de estudos sobre o tema, e as informações detalhadas dos casos clínicos poderão contribuir com profissionais que atuarão em cuidados paliativos na APS. Os casos clínicos completos encontram-se anexos.

Tabela 2. Casos clínicos - Desafios encontrados e condutas realizadas.

| CASOS | CARACTERÍSTICAS/ DESCRIÇÃO | MEDICAÇÕES | DESAFIOS | ABORDAGENS |
|--------------------------------|---|---|---|--|
| M.Z.C, 73, sexo feminino | Diagnóstico de câncer de tireoide, cardiomegalia, insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Foi submetida à radioterapia. Apresenta bócio em região inframandibular e encontra-se traqueostomizada (TQT), devido à estenose de traqueia e estreitamento da luz laringea. Queixava-se de dispneia, engasgos ao se alimentar e fadiga aos pequenos esforços. PPS inicial: 70%. PPS atual: 80%. | Clonazepam; Furosemdia; Hidroclorotiazida; Anlodipino; Carvedilol; Losartana; Sinvastatina; Loratadina; Dexametasona ou Prednisona; Sertralina. | Nebulizações 25 a 30 x ao dia; tosse persistente e pouco eficaz; privação do sono por tosse noturna; constipação; pouca interação social; obstinação pelo diagnóstico. | Psicologia: estratégias de enfrentamento; fé utilizada como ponto principal para evoluir no tratamento; Introdução às diretivas antecipadas de vontade. Fisioterapia: Orientação sobre adequado manejo com a TQT; discussão com a psicóloga sobre a exacerbação da tosse vinculada a conflitos familiares; fisioterapia respiratória. Fonoaudiologia: orientações quanto ao posicionamento adequado no momento da ingestão e manobras de limpeza orofaríngea. Nutrição: orientações nutricionais visando melhora do padrão intestinal e redução dos episódios de constipação. Farmácia: orientação sobre os riscos da automedicação. |
| E.S.Q, 26, sexo feminino | Trauma raquimedular (TRM) em nível de C6 e C7 por acidente automobilístico, com consequente tetraparesia, bexiga neurogênica. PPS inicial: 60%. PPS atual: 80%. | Baclofeno; Cloridrato de Oxibutinina; Gabapentina; Omeprazol; Alendronato de sódio; Magnésio treonato + magnésio dimalate + zinco quelato; Cloridrato de oxibutinina 0,1% de uso intravesical. | Resistência quanto à realização correta da sondagem vesical; ITU de repetição; baixa interação social; controle débil do esfíncter anal e vesical; constrangimento de circular por ambientes públicos de muletas. | Psicossocial: incentivo ao autocuidado e interação social; enfrentamento de barreiras, ocupação e resgate do seu espaço na família e sociedade. Fisioterapia: fisioterapia uroginecológica com exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Enfermagem: orientação e supervisão quanto à importância de executar a sondagem vesical seguindo a frequência recomendada. |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|--|
| <p>J.M.S, 52, sexo masculino</p> | <p>ICC; AVE; hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) II insulino dependente, foi etilista e tabagista. PPS inicial 50%. PPS atual: 70%.</p> | <p>Carvedilol; Xarelto; Metformina; Espironolactona; Omeprazol; Espironolactona; Furosemida; Enalapril.</p> | <p>Pouca adesão medicamentosa; internações frequentes por dispneia; sobrecarga do cuidador; episódios depressivos; anorexia; caquexia; conflito familiar.</p> | <p>Serviço social: visitas domiciliares; orientações sobre autocuidado e autonomia do sujeito e adesão medicamentosa; fortalecimento de vínculo com filhos; mediação de conflitos; orientações para minimizar a sobrecarga do cuidador, direitos previdenciários e articulação com a rede de saúde. Psicologia: não aderiu ao tratamento proposto, não conseguindo vencer as dificuldades internas e criar mecanismos de enfrentamento mantendo-se no quadro inicial. Fisioterapia: fisioterapia respiratória que resultou em redução dos episódios recorrentes de dispnéia que ocasionaram internações frequentes. Nutrição: Realizadas orientações nutricionais buscando reverter quadro de caquexia e para controle do DM. Porém, paciente e cuidador apresentavam dificuldade de seguir as prescrições. Farmácia: organização dos medicamentos de uso diário, para não haver abandono da terapia. Enfermagem: orientação quanto ao curso fisiológico do DM e da ICC e suas complicações; supervisão da tomada dos medicamentos; foi acionada a categoria médica a fim de traçar condutas investigativas de possíveis doenças coexistentes que poderiam agravar o quadro.</p> |
| <p>A.C.S, 55, sexo masculino</p> | <p>Hipertensão arterial; acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEh); déficit cognitivo; disfagia; afasia; hemiparesia à direita; locomoção com cadeira de rodas; gastrostomizado (GTT). PPS inicial: 50% PPS atual: 70%</p> | <p>Losartana; Atenolol; Anlodipino; Dimeticona; Lactulona; Bisacodil; Enoxaparina.</p> | <p>Déficit cognitivo; autocuidado comprometido; afasia; hemiplegia; necessidade de transporte sanitário; baixa autoestima; frustração; alimentação por via alternativa; sobrecarga do cuidador.</p> | <p>Serviço social: orientação e viabilização acerca do transporte sanitário; orientações sobre direitos previdenciários e estratégias para aliviar a sobrecarga do cuidador. Fisioterapia: reabilitação neurocinecicofuncional visando aprimorar a plasticidade neuronal, em articulação com a equipe multiprofissional. Fonoaudiologia: a terapia fonoaudiológica alcançou o objetivo da promoção da ingestão por via oral exclusiva, possibilitando a retirada da GTT; reabilitação de linguagem expressiva e compreensiva através da estimulação de habilidades residuais linguísticas. O paciente apresentou resultados significativos, observou-se a melhoria da intenção comunicativa, memória, atenção, nomeação, fluência e leitura. Além de propiciar o aumento da interação social e fortalecimento do vínculo com a família. Nutrição: iniciada oferta de alimentos por via oral conforme aceitação do paciente e evolução da consistência dos alimentos, com progressão favorável que possibilitou a retirada da GTT.</p> |

| | | | | |
|---------------------------|--|--|--|---|
| T.M.N.L,65, sexo feminino | Doença de Parkinson PPS inicial: 60% PPS atual: 70% | Pramipexol Escitalopram Mirtazapina | Conflito familiar; baixa autoestima; recusa medicamentosa pelo filho; declínio funcional; recusa de vacinação contra a covid 19. | <p>Psicologia: elaboração dos sentimentos gerados pelo decorrer da doença e do luto; trabalho focado na dinâmica emocional visando reforço da autoestima, incentivo ao autocuidado e interação social.</p> <p>Fisioterapia: treino com a paciente e cuidadora visando independência funcional, reabilitação neurofuncional visando minimização de contraturas e ênfase em aprendizagem motora da sedestação, ortostatismo e marcha.</p> <p>Farmácia: reunião familiar com equipe multiprofissional (farmacêutica, assistente social psicóloga e fisioterapeuta), visando adesão à medicação prescrita pelo especialista.</p> |
| F.O.C, 59, sexo masculino | Malformação arteriovenosa cerebral (MAV) com consequente AVEh, com hemiparesia à esquerda, disartria e disfagia. PPS inicial: 60% PPS atual: 70% | Fenitoína Sódica, Finasterida e Amexilato de Doxazosina. | Risco de ruptura da malformação arteriovenosa; impossibilidade de sair de casa e baixa interação social devido a prejuízo na locomoção e quedas frequentes; higiene oral precária com acúmulo de bactérias e fungos; déficit motor que prejudica a higiene oral completa; baixa instrução acerca do autocuidado com a cavidade oral. | <p>Fisioterapia: Orientações domiciliares quanto à prevenção de queda; solicitação cadeira de rodas ao estado, com justificativa pormenorizada, e a mesma foi concedida ao paciente.</p> <p>Odontologia: instruções sobre os cuidados com a higiene bucal, prescrição de nistatina para uso oral durante sete dias. O que resultou uma significativa melhora da sialorreia, observado pela equipe e reportado pela cuidadora, além do quadro fúngico oral atenuado, e da tosse persistente, possivelmente deflagrada por hipersalivação.</p> <p>Nutrição: orientações sobre alimentação saudável, controle no consumo de sódio e fracionamento de refeições a fim de evitar longo período de jejum e consequentemente reduzir ocorrências de quedas por hipoglicemia.</p> <p>Fonoaudiologia: atividades de reabilitação para aperfeiçoamento da precisão articulatória, com a finalidade de tratar disartria.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <p>H.S.C, 85, sexo masculino</p> | <p>CA de próstata e suspeita de abandono terapêutico, acamado, sarcopenia, presença de múltiplas lesões por pressão em dorso. PPS inicial: 30% Não foi possível a evolução percentual do PPS com o acompanhamento pela equipe, pois as tentativas de otimização do cuidado ao paciente não foram empregadas corretamente pelos familiares e o paciente foi a óbito.</p> | <p>Omeprazol ; Hidroclorotiazida; Enalapril; Cloridrato de Clorpromazina .</p> | <p>Negligência familiar; pouca instrução do cuidador informal no manejo com idoso; desnutrição; sarcopenia; risco de broncoaspiração; cerco do silêncio (diante do falecimento da esposa); relações familiares prejudicadas e isolamento social; múltiplas lesões por pressão (LPP).</p> | <p>Serviço social: acolhimento social com escuta ativa, visita e acompanhamento domiciliar, trabalho de fortalecimento de vínculo familiar, orientações quanto ao acesso e utilização da UBS do território, sobre negligência, omissão e cuidados básicos inadequados à pessoa idosa, a necessidade de um cuidador capacitado e o acompanhamento do cuidado ofertado. Sensibilização sobre a privação afetiva e o cerco do silêncio, intervenção com a companhia de água para evitar o corte do fornecimento ao domicílio. Fisioterapia: ofertada educação em saúde com instruções aos cuidadores sobre o manejo correto com o paciente acamado, enfatizando a forma correta de transferência no leito, posicionamento corporal visando prevenção de algias, complicações pulmonares, fenômenos tromboembólicos e agravamento de deformidades. Fonoaudiologia: orientações aos cuidadores acerca da consistência segura para ingesta alimentar e o adequado posicionamento durante e após a oferta dos alimentos a fim de reduzir o risco de broncoaspiração; aconselhado a prática diária de estimulação cognitiva. Nutrição: instruções aos cuidadores sobre a necessidade de suplementação alimentar e fracionamento das refeições, visando melhora do estado nutricional. Além da sensibilização sobre a importância em respeitar as preferências alimentares visando promover o prazer alimentar. Enfermagem: orientação quanto ao manejo correto de posicionamento no leito e manutenção da pele para prevenção de LPP, importância da oferta de nutrição adequada conforme orientações da nutricionista, e capacitação para execução dos curativos de forma asséptica.</p> |
|--|---|--|--|---|

Classificação de cores conforme gravidade dos casos, casos leves (verde), moderados (amarelo) e graves (laranja).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária favorece o vínculo com o usuário, a garantia de ações preventivas e a continuidade na assistência, fortalecendo assim a abordagem em cuidados paliativos, através de uma visão holística sobre o paciente, reforçando a necessidade de uma equipe multiprofissional.

Por intermédio do presente trabalho, pôde-se constatar que houve sensibilização sobre o tema entre os profissionais da APS, mediante a ação

educativa, promovida pela equipe multiprofissional em cuidados paliativos URS Boa Vista, confirmada por meio dos encaminhamentos destinados à equipe.

Foi evidenciado no cenário prático e elucidado através dos casos clínicos, que as conquistas observadas pela atuação da equipe multiprofissional em CP na APS abrangeram a essência do CP, com destaque no alívio dos sintomas, promoção de uma vida mais ativa e melhoria da qualidade de vida. Acerca do desafio relacionado à assistência, foi observado que, ocasionalmente, relações familiares complicadas, constituem o maior obstáculo para a execução de ações integrais programadas pela equipe multiprofissional em cuidados paliativos. Inversamente em famílias engajadas com o cuidado, observa-se melhora considerável na qualidade de vida dos pacientes. Deste modo torna-se imprescindível a identificação de famílias pouco estruturadas visando uma abordagem precoce.

Tornam-se necessários ainda estudos sobre o cuidado paliativo na APS, uma vez que, a limitação de estudos sobre o tema, constituiu dificuldade para a realização deste trabalho. Além de estudos sobre o impacto da negligência familiar na assistência ao doente.

As facilidades encontradas para a realização do trabalho foram interesse e participação da equipe de saúde Boa Vista na ação educativa, além da organização da equipe através de prontuários digitais com descrição pormenorizada da evolução dos pacientes, o que permitiu uma base de dados fidedigna para compartilhamento dos casos clínicos. A principal contribuição desta pesquisa foi de ampliar a visão dos profissionais que atuarão em cuidados paliativos na APS.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, F. *et al.* Palliative performance scale (PPS): a new tool. **Palliat Care**. Spring, v. 12, n. 1, p. 5-11, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8857241/>. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília–DF 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 1 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto-lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20pol%C3%ADtica%20nacional,Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias.&text=Art.,Art. Acesso em: 1 jun. 2021.

BRASIL. **Lei complementar nº 909, de 26 de abril de 2019**. 2019. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9092019.html>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.820/2009 de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Aprovada em 13 de agosto de 2009. Nº 155 – DOU – 14/08/09 – seção 1- p. 80. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sau.pdf. Acesso em: 3 jun. 2021.

MULLER, E. F. A negligência intrafamiliar contra a pessoa idosa no contexto do serviço de proteção social especial às pessoas com deficiência, idosas e suas famílias– município de Florianópolis/sc. 2017. Disponível em: https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_240.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative Care: symptom management and end-of-life care**, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

ANEXOS 1

Gráfico 1

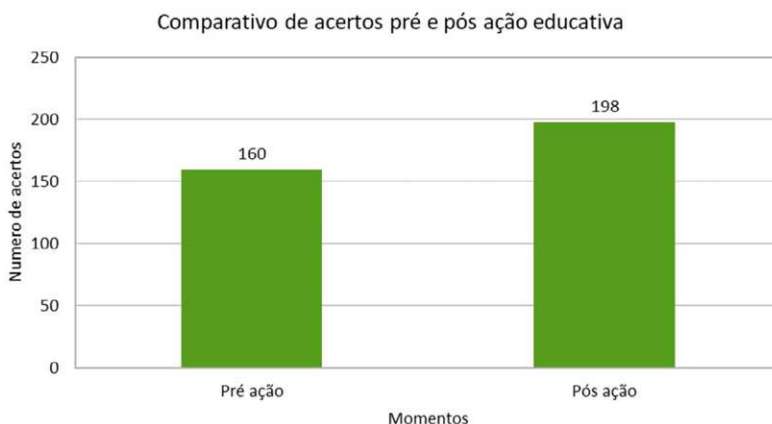


Gráfico 2

Questão 2 - Em que fase da doença se inicia os Cuidados Paliativos?

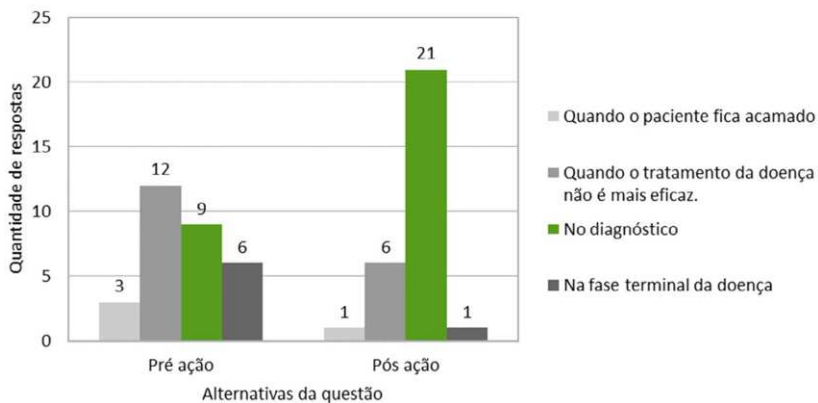


Gráfico 3

Questão 3 - Quem se beneficia dos Cuidados Paliativos? Pacientes:

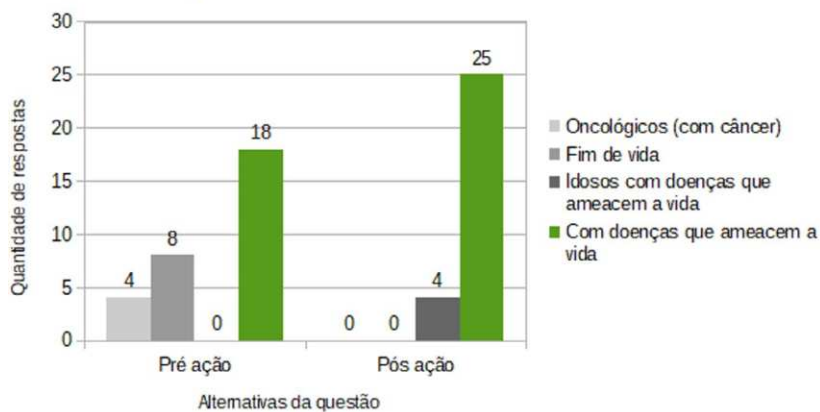
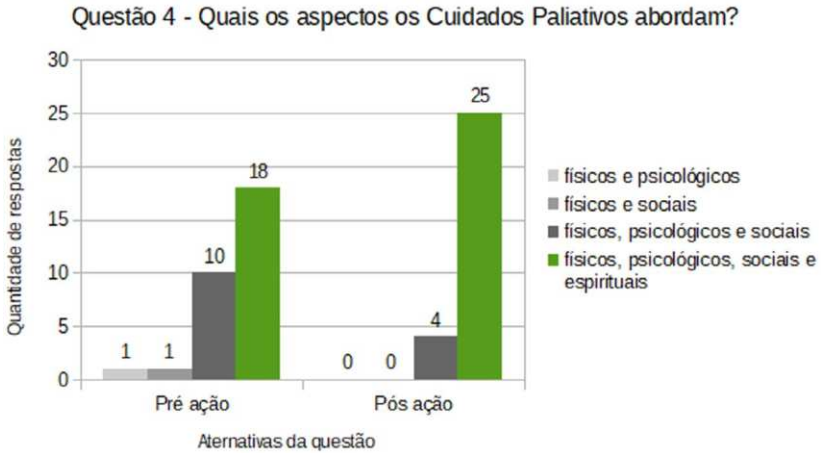


Gráfico 4



**QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE
CUIDADOS PALIATIVOS
REGIONAL BOA VISTA**

1- Você sabe o que é Cuidados Paliativos?

- a. () sim
- b. () não
- c. () já ouvi falar
- d. () nunca ouvi falar

2- Qual o conceito de Cuidados Paliativos?

a. () assistência promovida por uma equipe multiprofissional que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e dos familiares, diante de uma doença que ameace a vida.

b. () assistência promovida pelo médico que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e familiares, diante de uma doença que ameace a vida.

c. () assistência promovida pelo médico, quando terapia curativa não tem mais eficácia.

d. () assistência promovida pela equipe multiprofissional, quando terapia curativa não tem mais eficácia.

3- Em que fase da doença se inicia os Cuidados Paliativos?

- a. () quando o paciente fica acamado.
- b. () quando o tratamento da doença não é mais eficaz.
- c. () no diagnóstico.
- d. () na fase terminal da doença.

4- Quem se beneficia dos Cuidados Paliativos? Pacientes:

- a. () oncológicos (com câncer).
- b. () fim de vida.
- c. () idosos com doenças que ameacem a vida.
- d. () com doenças que ameacem a vida.

5- Qual das afirmativas NÃO representa os pilares dos Cuidados Paliativos?

- a. () promover alívio da dor e outros sintomas responsáveis por sofrimento.
- b. () praticar a eutanásia em casos de sofrimentos intensos.
- c. () não antecipar e nem prolongar ou adiar a morte.
- d. () integrar aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado.

6- Quais profissionais fazem parte da equipe de Cuidados Paliativos?

- a. () equipe multiprofissional.
- b. () médico e enfermeiro.
- c. () médico, enfermeiro e psicólogo.
- d. () médico, enfermeiro, psicólogo e agente de saúde.

7- Quais os aspectos os Cuidados Paliativos abordam?

- a. () físicos e psicológicos.
- b. () físicos e sociais.
- c. () físicos, psicológicos e sociais.
- d. () físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

8- Qual o tempo de vida de um paciente em abordagem paliativa?

- a. () dias a semanas.
- b. () semanas a meses.
- c. () sem tempo determinado.
- d. () até um ano.

9- Para quais doenças os cuidados paliativos costumam ser mais indicados?

- a. () Câncer sem resposta do tratamento modificador de doenças neurológicas.
- b. () Câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, transplantados, insuficiência cardíaca, doença hepática (fígado) crônica, doença renal (rim) crônica, demências e doenças neurológicas.
- c. () Câncer, demências, diabetes, hipertensão arterial e tuberculose.
- d. () Demências, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio.

ANEXOS 2

CASO 1

Paciente M.Z.C, 73, sexo feminino, separada, 6 filhos, evangélica, natural da Bahia, reside com a filha M.C e a neta G.C. Gosta de plantas e afazeres domésticos. Estudou até a 7ª série e trabalhou como cabeleireira por 35 anos sem contribuir com a previdência. Renda é proveniente de Benefício de Prestação Continuada (BPC) e auxílio financeiro dos filhos, pois parou de trabalhar após o diagnóstico de câncer de tireoide com infiltração para traqueia e cardiomegalia, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), Classificação New York Heart Association (NYHA) grau III. Foi submetida a 30 sessões de radioterapia, sendo a última em 31/11/2019. Apresenta bócio em região inframandibular e encontra-se traqueostomizada (TQT) devido estenose de traqueia e estreitamento da luz laríngea. Queixava-se de dispneia, engasgos ao se alimentar, tosse persistente durante o dia que prejudica o sono e fadiga aos pequenos esforços. PPS 70%. Peso: 79kg, Altura: 1,55m, IMC: 32,88Kg/m². A.P M.V audível globalmente com roncosp discretos em ápice.

Medicações em uso: clonazepam; furosemida; hidroclorotiazida; anlodipino; carvedilol; losartana; sinvastatina; loratadina; dexametasona ou prednisona; sertralina.

Desafios: Nebulizações 25 a 30 x ao dia; tosse persistente e pouco eficaz; privação do sono por tosse paroxística noturna; pouca interação social, cujo motivo relatado seria o constrangimento devido a TQT e exacerbação da tosse em ambiente público; obstinação pelo diagnóstico; episódios de síncope por esforço durante evacuação e dificuldade no atendimento na UBS de seu território.

Abordagem:

Serviço social: Durante o acolhimento, a paciente relatou que seu principal desejo seria ser “bem atendida na UBS de seu território”, referindo-se ao atendimento ocorrido no ano anterior. Foi realizada escuta ativa e orientações quanto ao acesso ao CRAS E UBS e o direito de um atendimento digno. A fim de melhorar o atendimento houve articulação com a gerência da UBS visando garantir “os direitos da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência” (BRASIL, 2009).

Psicologia: inicialmente, a paciente queixava-se de tristeza devido à perda da independência (física e financeira). Relatou tristeza pela sobrecarga da filha nos cuidados com a casa e com ela, além de episódios de raiva e choro em alguns momentos de convívio familiar.

Com as sessões terapêuticas a paciente aprendeu a elaborar estratégias de enfrentamento e colocou-as em prática, reduzindo os conflitos. Manifestou sentimentos positivos com acompanhamento multiprofissional. Verbalizou como a fé é importante para si e como ir à Igreja e ler a bíblia tem sido gratificante. Sua fé foi utilizada como ponto principal para evoluir positivamente no tratamento, tendo em vista que é o aspecto que a paciente considera como primordial para sua vida.

Observou-se nos atendimentos como a obstinação por um diagnóstico conclusivo é relevante para M.Z.C. Os diagnósticos inconclusivos geram ansiedade na

paciente. Tendo em vista que no atual contexto o diagnóstico não altera a condução do desfecho e traz consequências desagradáveis, foram apontados os benefícios e malefícios da investigação diagnóstica, e reforçado que a equipe não indica nova submissão a procedimentos invasivos, porém as decisões da paciente devem ser respeitadas. Também houve introdução às diretivas antecipadas de vontade.

Fisioterapia: fisioterapia respiratória e orientação sobre adequado manejo com a traqueostomia, incluindo higienização que anteriormente era realizada, com água da torneira. Foi discutido com a psicóloga sobre a exacerbação da tosse vinculada a conflitos familiares. Notou-se que todas as orientações fisioterapêuticas eram seguidas corretamente pela paciente e pela cuidadora (filha), favorecendo desta forma a integralidade do cuidado. Houve redução dos episódios de tosse e frequência de nebulizações para 5x dia, além de maior autonomia para atividades de vida diária (AVDs).

Fonoaudiologia: terapias fonoaudiológicas e orientações do posicionamento adequado no momento da ingestão e manobras de limpeza orofaríngea. As condutas adotadas foram exercícios de tonicidade, mobilidade e sensibilidade dos órgãos fonoarticulatórios, a fim de adequar a deglutição, mastigação e diminuir o ronco. Após acompanhamento a paciente não relatou novos episódios de engasgo.

Nutrição: orientações nutricionais acerca da alimentação saudável e adequada ingestão hídrica, visando melhora do padrão intestinal e redução dos episódios de constipação resultantes em eventos de síncope. Paciente apresentou-se disposta a terapia proposta, relatando melhora do quadro de constipação logo no início do tratamento.

Farmacêutica: a paciente introduzia e suspendia medicamentos por conta própria. Estava há três dias sem usar a sertralina pois acreditava que ela “não estava fazendo diferença” e disse que após a suspensão sua lubrificação oral estava melhor. Também relatou que “às vezes era necessário” o uso de algum corticoide (dexametasona ou prednisona), sem um motivo concreto. Observou-se que a

paciente buscava nas medicações soluções imediatas para algum sintoma, mal estar ou até mesmo para suas aflições. Foi orientada sobre os riscos da automedicação e a importância de cumprir as prescrições médicas e salientada a relevância de que o médico estivesse ciente de todas as alterações na terapia medicamentosa.

Depoimento da paciente: “me sinto mais confiante com o acompanhamento da equipe”.

-PPS com acompanhamento da equipe multiprofissional elevou-se para 80%.

CASO 2

E.S.Q, 26, sexo feminino, solteira, sem filhos, mora com os pais e irmão, evangélica, trabalhava em uma cafeteria, recebe auxílio doença pelo INSS, renda familiar proveniente do pai e irmão. A mãe parou de trabalhar para ser sua cuidadora. Sofreu trauma raquimedular (TRM) de nível C6 e C7 por acidente automobilístico em 2019, com consequente tetraparesia, bexiga neurogênica com força muscular grau 2 no escore AFA e controle débil do esfíncter anal. Apresentava ocorrência de infecções do trato urinário de repetição (ITU), com presença recorrente de piúria. Cateterismo vesical feito diariamente. Queixava-se de incômodo relacionado à dependência das muletas para deambular e vergonha de circular por ambientes públicos de muletas ou cadeira de rodas. SPICT positivo e PPS 60%.

Medicações em uso: baclofeno 10 mg, cloridrato de oxibutinina 5 mg, gabapentina 300 mg, omeprazol 20 mg, alendronato de sódio 70 mg, magnésio treonato 200 mg + magnésio dimalate 200 mg + zinco quelato, e cloridrato de oxibutinina 0,1% de uso intravesical.

Desafios: Resistência quanto à realização correta da sondagem vesical, ITU de repetição, baixa interação social.

Abordagem:

Psicossocial: paciente apresentava episódios de conflito familiar e baixa autoestima. Foi abordado incentivo ao autocuidado, à interação social, ao

enfrentamento de barreiras e à ocupação e ao resgate do seu espaço na família e na sociedade. Ao final do acompanhamento, paciente apresentou-se estável emocionalmente, com autoestima elevada, vencendo dificuldades internas e criando mecanismos de enfrentamento dentro de suas possibilidades.

Fisioterapia: fisioterapia uroginecológica com exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico com o auxílio de cone vaginal adaptado e orientações quanto a exercícios domiciliares, ingestão de alimentos estimulantes da micção e diário miccional.

Enfermagem: referente ao déficit do autocuidado relacionado à realização de sondagens vesicais de alívio, a paciente foi orientada quanto à importância de executar o procedimento seguindo a frequência recomendada, incluindo a explicação sobre as infecções urinárias e como tal fator pode agravar seu estado clínico. Supervisão da execução do procedimento pela paciente a fim de garantir que a mesma estivesse bem orientada quanto aos passos de execução do cateterismo vesical. Constatou-se que após o acompanhamento as recorrentes infecções do trato urinário cessaram.

-PPS com acompanhamento da equipe multiprofissional cresceu para 80%.

CASO 3

Paciente J.M.S, 52, sexo masculino, solteiro, 3 filhos, mora com a mãe e padrasto, católico não praticante, gosta de dirigir e passear, trabalhou como motorista de caminhão por mais de 30 anos. No momento está sem renda pois o auxílio doença foi negado. Renda familiar proveniente da aposentadoria do padrasto. Principal cuidadora é sua mãe idosa de 70 anos com sinais de sobrecarga do cuidador. Os vínculos com os filhos são fragilizados, eles não colaboram com cuidado e recursos financeiros. Portador de ICC, acidente vascular encefálico, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) II insulino dependente, foi etilista e tabagista por mais de 10 anos. Deambulava sozinho (auxílio para levantar-se da cadeira). Queixava-se de fadiga aos mínimos esforços, episódios de esquecimento e padrão de sono prejudicado. Relatou quadro de dispnéia recorrente no último mês, com necessidade de internação

na UPA de Carapina e atendimento pelo serviço móvel de urgência (SAMU). Ao exame físico: edema em membros 3+/4+. Padrão de ausculta pulmonar (A.P) sugestivo de congestão pulmonar, taquipneico em ar ambiente, padrão respiratório paradoxal, tosse seca, MMSS/MMII: fraqueza generalizada. Realiza AVDs de forma autônoma, SPICT positivo e PPS 50%.

Medicações: carvedilol 12,5 mg; xarelto 20 mg; metformina 850 mg; espironolactona 25 mg; omeprazol 20 mg; espironolactona 25 mg; furosemida 40 mg; enalapril 5 mg.

Desafios: falta de diagnóstico no início do acompanhamento; internações frequentes por dispneia; sobrecarga do cuidador; episódios depressivos; pouca adesão medicamentosa; anorexia; caquexia; conflito familiar.

Condutas:

Serviço social: realizada escuta ativa, visitas domiciliares, orientações sobre autocuidado e autonomia do sujeito e adesão medicamentosa. Trabalho fortalecimento de vínculo com filhos, participação nos cuidados e mediação de conflitos, porém sem sucesso. Foram feitas orientações para minimizar a sobrecarga do cuidador, direitos previdenciários, acesso aos exames, laudos médicos e cópias de prontuários em rede de saúde pública e privada, além de articulação com as mesmas.

Psicologia: inicialmente o paciente apresentou-se orientado em espaço, porém confuso em tempo, discurso levemente confuso, com relato de episódios de choro frequente, queixava-se de tristeza, solidão e privação do sono. Pensamento pouco organizado e lentificado, memória prejudicada, atenção reduzida e déficit na compreensão. Quanto aos aspectos afetivo-emocionais apresentava redução de vontade com quadros de grande desânimo (hipobulia), afeto diminuído (tristeza e irritabilidade), humor levemente deprimido, episódios de raiva, desânimo e desesperança. Relatava ficar nervoso por “não poder fazer nada”, sentindo falta de trabalhar, não sentindo prazer em nenhuma atividade, o que o entristecia.

O senhor J.M.S, não aderiu ao tratamento proposto, resistente ao falar de sua patologia e sentimentos emergentes, não conseguindo vencer as dificuldades internas e criar mecanismos de enfrentamento mantendo-se no quadro inicial.

Fisioterapia: fisioterapia respiratória que resultou em redução dos episódios recorrentes de dispnéia que ocasionaram internações frequentes.

Nutrição: paciente relatava inapetência sem causa identificada e apresentava descontrole do DM devido a não adesão da terapia nutricional e farmacológica. Realizadas orientações nutricionais buscando reverter quadro de caquexia e para controle do DM. Porém, paciente e cuidador apresentavam dificuldade de seguir as prescrições.

Farmacêutica: devido à não adesão à terapia medicamentosa, as medicações foram separadas em envelopes com nome, o miligrama, o horário e uma ilustração que representa o dia, a tarde e a noite. Cujo intuito foi facilitar o acesso aos medicamentos de uso diário, para não haver abandono da terapia.

Enfermagem: o diagnóstico de enfermagem evidenciou manutenção ineficaz da saúde, relacionado à tomada de decisões prejudicadas. Para isso foram realizadas diversas visitas domiciliares de acompanhamento para orientação quanto ao curso fisiológico do DM e da ICC e suas complicações consequentes da falta de adesão à terapia medicamentosa e controle da dieta. Durante as visitas eram realizadas a supervisão da tomada dos medicamentos. Dado às queixas de inapetência somadas aos demais sintomas, foi acionada a categoria médica a fim de traçar condutas investigativas de possíveis doenças coexistentes que poderiam agravar o quadro como uma neoplasia. Com isso, o paciente realizou um ultrassom de abdome total que descartou a hipótese diagnóstica e não revelou alterações significativas.

Depoimento da cuidadora (mãe): “a equipe é uma benção em nossa vida”.
-PPS com acompanhamento da equipe multiprofissional foi elevado para 70%.

CASO 4

Paciente A.C.S, 55, sexo masculino, casado, 2 filhos, portador de hipertensão arterial controlada, diagnosticado com acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEh), com consequente déficit cognitivo, disfagia, afasia e hemiparesia à direita (com predomínio braquial), locomoção com cadeira de rodas, com subluxação do ombro direito (em uso de tipoia). Queixava-se de algia intensa a movimentação do mesmo. Em uso de gastrostomia (GTT). SPICT positivo e PPS 50 % Medicamentos em uso: losartana, atenolol, anlodipino, dimeticona, lactulona, bisacodil, enoxaparina.

Desafios: déficit cognitivo; vínculo afetivo; autocuidado comprometido; afasia; hemiplegia; necessidade de transporte sanitário; baixa autoestima; frustração; alimentação por via alternativa; sobrecarga do cuidador.

Abordagem:

Serviço social: foi realizada orientação e viabilização acerca do transporte sanitário, orientações sobre direitos previdenciários e estratégias para aliviar a sobrecarga do cuidador.

Fisioterapia: reabilitação neurocinecicofuncional visando aprimorar a plasticidade neuronal, em articulação com a equipe multiprofissional. Notou-se que todas as orientações e atividades fisioterapêuticas domiciliares eram seguidas pelo paciente e pela cuidadora (esposa), favorecendo desta forma o cuidado em toda sua totalidade.

Fonoaudiologia: a terapia fonoaudiológica alcançou o objetivo da promoção da ingestão por via oral exclusiva, possibilitando a retirada da GTT. A reabilitação de linguagem expressiva e compreensiva através da estimulação de habilidades residuais linguísticas apresentou resultados significativos, foi observada melhoria da intenção comunicativa, da memória, da atenção, da nomeação, da fluência e da leitura, além de propiciar o aumento da interação social e fortalecimento do vínculo com a família.

Nutrição: Durante o período de acompanhamento, foi iniciada oferta de alimentos por via oral conforme aceitação do paciente e evolução da consistência dos alimentos, com progressão favorável que possibilitou a retirada da GTT. Paciente e cuidadora receberam orientações sobre a importância em respeitar as preferências alimentares, necessidade da ingestão hídrica adequada com alteração no padrão alimentar e exclusão de determinados alimentos, a fim de reverter quadro de constipação e controle de gastrite. Proporcionando a promoção da qualidade de vida pelo controle de sintomas.

-PPS com acompanhamento da equipe multiprofissional elevou-se para 70%.

CASO 5

Paciente T.M.N.L, 65, sexo feminino, reside com o único filho de 38 anos, viúva, católica, aposentada e pensionista, seu hobby é ler romances. Portadora da Doença de Parkinson diagnosticada há 5 anos. Cognição preservada. Com tríade clássica: tremor de repouso exacerbado por ansiedade, rigidez e bradicinesia com episódios de congelamento recorrentes, postura hipercifótica (com predisposição a padrão restritivo de expansão pulmonar) com protração excessiva de cabeça, contratura em flexão de quadril e semiflexão de joelhos, padrão de marcha Festinante e Petit pass, fâcies de máscara, grau 4 de funcionalidade na classificação Hoehn e Yahr. SPICT positivo, PPS 60%. Parcialmente dependente para AVDs como banho, eliminações fisiológicas, vestir-se e alimentar-se.

Medicamentos: pramipexol 0,125 mg; escitalopram 10 mg; mirtazapina 30 mg.

Desafios: conflito familiar; baixa autoestima; recusa medicamentosa pelo filho; declínio funcional; recusa da vacinação contra o covid 19.

Abordagem:

Psicossocial: paciente com demandas emocionais referentes à sua perda de autonomia, luto e baixa autoestima. Realizado acompanhamento domiciliar visando elaboração dos sentimentos gerados pelo decorrer da doença e do luto; trabalhado foco na dinâmica emocional visando reforço da autoestima, incentivo

ao autocuidado e interação social. Foi identificada resistência do filho quanto à oferta de medicamentos e vacinação, portanto, foi realizado diálogo para enfatizar a importância de adesão ao tratamento.

Fisioterapia: treino com a paciente e cuidadora visando independência para sedestação; reabilitação neurofuncional visando minimização de contraturas e ênfase em aprendizagem motora do ortostatismo e marcha.

Farmacêutica: paciente faz uso por anos da medicação descrita previamente, que a deixava muito sonolenta e não contribui no controle da doença. Também fazia uso de akineton por sete meses, mas não via diferença nos tremores e decidiu parar por conta própria. Assim, a paciente iniciou uma nova terapia medicamentosa onde o neurologista prescreveu a atual medicação. Uma semana após, não aderiu à nova terapia pois, segundo ela, passou mal no segundo dia de adaptação. Suspeita-se que o filho, acidentalmente duplicou a dose de pramipexol 0,125 mg, e por isso retornou ao antigo manipulado, refletindo mais uma vez o problema da automedicação, muito comum entre os pacientes em acompanhamentos. O filho, muito resistente e nervoso, cedeu em reunião com equipe multiprofissional para realizar um teste por 15 dias com a medicação prescrita pelo especialista. Com o tempo a paciente apresentou melhora do quadro (predominantemente na rigidez e bradicinesia) após adaptação a nova terapia medicamentosa e acompanhamento com equipe multiprofissional.

Depoimento da paciente: Relatou estar se sentindo mais bem disposta e alegre devido à sua melhora e pelo apoio da equipe. “São como anjos na vida da gente.”

- PPS após acompanhamento da equipe multiprofissional: 70%.

CASO 6

Paciente F.O.C, 59, sexo masculino, casado, mora com a esposa (cuidadora), trabalhou como pedreiro e atualmente recebe aposentadoria por invalidez. Diagnosticado com malformação arteriovenosa medindo 6,0 x 4,5 cm, com conseqüente AVEh, que cursou com hemiparesia à esquerda, disartria

e disfagia, presença de placas brancas removíveis em dorso de língua e mucosa jugal, sugestivo de candidíase pseudomembranosa, sialorreia que ocasionava engasgos recorrentes (utilizando diariamente 7 toalhas de rosto para impedir extravasamento de saliva), além de engasgo durante alimentação e ingestão de líquidos. Locomoção reduzida com bengala. SPICT positivo, PPS 60%:

Medicamentos: fenitoína sódica, finasterida e amexilato de doxazosina.

Desafios: impossibilidade de sair de casa e baixa interação social devido a prejuízo na locomoção e quedas frequentes; higiene oral precária com acúmulo de bactérias e fungos; déficit motor que prejudica a higiene oral completa; baixa instrução acerca do autocuidado com a cavidade oral.

Abordagem:

Fisioterapia: diante da mobilidade reduzida, que resultava em permanência domiciliar, e quedas frequentes, foi solicitada cadeira de rodas ao estado, com justificativa pormenorizada, e a mesma foi concedida ao paciente.

Notou-se que todas as orientações fisioterapêuticas eram seguidas corretamente, pelo paciente e pela cuidadora (esposa), favorecendo desta forma o cuidado em toda sua totalidade.

Odontologia: instruções sobre os cuidados com a higiene bucal, prescrição de nistatina para uso oral durante 7 dias. O que resultou uma significativa melhora da sialorreia, observado pela equipe e reportado pela cuidadora, além do quadro fúngico oral atenuado, e da tosse persistente, possivelmente deflagrada por hipersalivação.

Nutrição: orientações sobre alimentação saudável, controle no consumo de sódio e fracionamento de refeições a fim de evitar longo período de jejum e consequentemente reduzir ocorrências de quedas por hipoglicemia.

Fonoaudiologia: reforçado a orientação odontológica acerca do aumento

na frequência da higiene oral e prescrito exercícios domiciliares diários com estimulação sensorio motora associada à deglutição desempenhando a melhora da sensibilidade na fase oral, o qual contribuiu para melhor organização do bolo alimentar e manejo de saliva. Foram indicadas ainda atividades de reabilitação para aperfeiçoamento da precisão articulatória com a finalidade de tratar disartria.

Depoimento da cuidadora: “Graças a Deus posso contar com o apoio da equipe”
-PPS com acompanhamento da equipe multiprofissional: 70%.

CASO 7

Paciente H.S.C, 85, sexo masculino, viúvo, 3 filhos, acamado, reside com a cuidadora e filho, lúcido, diagnosticado com CA de próstata e suspeita de abandono terapêutico. Apresentava-se emagrecido com síndrome do imobilismo, sarcopenia, presença de múltiplas lesões por pressão em dorso, lesões necróticas em 1o e 3o pododáctilo. SPICT positivo e PPS 30%. A.P com padrão de secreção em vias respiratórias, tosse pouco eficaz.

Medicamentos em uso: omeprazol 20 mg; hidroclorotiazida 25 mg; enalapril 20 mg; cloridrato de clorpromazina 25 mg.

Desafios: negligência familiar; pouca instrução do cuidador informal no manejo com idoso; desnutrição; sarcopenia; risco de broncoaspiração; cerco do silêncio; relações familiares prejudicadas e Isolamento Social; múltiplas lesões por pressão (LPP).

Abordagem:

Serviço social: foi observado falha no cuidado e negligência familiar, que fornecia apenas o suporte básico: alimentação, moradia e visitas periódicas, sem considerar as necessidades emocionais e sociais, além de não acompanhar o serviço dos cuidadores que não eram capacitados. Foi utilizado o acolhimento social com escuta ativa, visita e acompanhamento domiciliar, trabalho de fortalecimento de vínculo familiar, orientações quanto ao acesso e utilização da UBS do território, sobre negligência, omissão e cuidados básicos inadequados à pessoa idosa, a

necessidade de um cuidador capacitado e o acompanhamento do cuidado ofertado. Sensibilização sobre a privação afetiva e o cerco do silêncio, intervenção com a companhia de água para evitar o corte do fornecimento ao domicílio.

A negligência e omissão de cuidados à pessoa idosa, por familiares ou instituições, é uma das formas de violência mais presente no país contra a pessoa idosa (MULLER, 2017). A Política Nacional do Idoso tem como princípio que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, defesa da dignidade, bem-estar e o direito à vida (BRASIL, 1998). O Estatuto do Idoso garante que ele goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa, sem prejuízo da proteção integral para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social (BRASIL, 2013).

Fisioterapia: ofertada educação em saúde com instruções aos cuidadores sobre o manejo correto com o paciente acamado, enfatizando a forma correta de transferência no leito, posicionamento corporal visando prevenção de algias, complicações pulmonares, fenômenos tromboembólicos e agravamento de deformidades.

Fonoaudiologia: orientações aos cuidadores acerca da consistência segura para ingesta alimentar e o adequado posicionamento durante e após a oferta dos alimentos, que devem ser oferecidos separadamente, de forma lenta e fracionada com os utensílios indicados, a fim de reduzir o risco de broncoaspiração. Além disso, foi aconselhada a prática diária de estimulação cognitiva utilizando fotografias, músicas e livros, objetivando a manutenção da linguagem, memória, atenção e raciocínio. A adesão às condutas auxiliou na ausência de episódios de broncoaspiração e manutenção da alimentação por via oral.

Nutrição: instruções aos cuidadores sobre a necessidade de suplementação alimentar e fracionamento das refeições, visando melhora do estado nutricional. Além da sensibilização sobre a importância em respeitar as preferências alimentares e volume tolerado pelo paciente, visando promover o prazer alimentar. As orientações foram adotadas pelos cuidadores, garantindo a manutenção da alimentação por via oral exclusiva até o momento do óbito.

Enfermagem: os principais problemas identificados nos diagnósticos de enfermagem foram: risco de LPP relacionado a conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção, redução da mobilidade e pressão sobre saliência óssea. Foram realizadas diversas visitas domiciliares onde a cuidadora era orientada quanto ao manejo correto de posicionamento no leito e manutenção da pele para prevenção de LPP, importância da oferta de nutrição adequada conforme orientações da nutricionista, e capacitação para execução dos curativos de forma asséptica. Foi percebido que a adesão dependia do cuidador presente no momento, sendo que as LPP cicatrizavam, mas, reincidiram.

- Não foi possível a evolução percentual do PPS com o acompanhamento pela equipe, pois as tentativas de otimização do cuidado ao paciente não foram empregadas corretamente pelos familiares e o paciente foi a óbito.



ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA O CUIDADO DOMICILIAR DE PESSOAS COM HEMOFILIA

Carla Renata da Silva Pacheco
Débora Torres Mezadri
Andressa Bolsoni Lopes
Walckiria Garcia Romero Sipolatti

INTRODUÇÃO

A hemofilia é uma doença hemorrágica hereditária ligada ao cromossomo X, que consiste em uma deficiência ou ausência do fator de coagulação VIII (hemofilia A) ou IX (hemofilia B) (SCHRIJVERS; SCHUURMANS; FISCHER, 2016). A apresentação clínica das hemofilias A e B é semelhante, ambas são caracterizadas por sangramentos intra-articulares (hemartroses), hemorragias nos músculos, nas cavidades ou em outros tecidos. O tratamento consiste na infusão endovenosa do concentrado de fator de coagulação, podendo ocorrer sob demanda (logo após um sangramento) ou profilático. Devido à impossibilidade de se manterem níveis constantes de fatores de coagulação nas pessoas com hemofilia, esses indivíduos vivem sob a constante ameaça de sangramento inesperado (LAMBERT *et al.*, 2018).

Dessa forma, o Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias prevê a autoinfusão endovenosa de concentrados de fator de coagulação pela pessoa com hemofilia ou pelo familiar responsável, todas as vezes que houver suspeita de sangramentos, de trauma ou da necessidade da infusão de fator de coagulação, de forma profilática (BRASIL, 2015). Para tal, a pessoa com hemofilia deve estar cadastrada em um centro de tratamento especializado, participar de reunião de esclarecimento sobre a inserção no tratamento domiciliar e dos treinamentos para aprender a aplicar o concentrado de fator por via endovenosa, bem como estar em dia com exames laboratoriais e clínicos (BOADAS *et al.*, 2018).

O enfermeiro é o profissional da equipe multidisciplinar responsável pelo treinamento da infusão domiciliar e no que se refere aos aspectos éticos e legais

que respaldam as práticas de enfermagem relacionadas ao portador de hemofilia e seus familiares, o parecer do Conselho Federal de Enfermagem nº 004/2013 discorre sobre o Treinamento de infusão endovenosa para participantes, familiares e cuidadores, discutindo e apresentando fundamentação adequada. É importante ressaltar que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem Nº 564, descreve como um dos princípios fundamentais a atuação do profissional de enfermagem na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Diante disso, para auxiliar a prática do enfermeiro, o *Guidelines for the Management of Hemophilia* aborda o conteúdo do treinamento de infusão domiciliar direcionado ao conhecimento geral sobre a doença: o reconhecimento de hemorragias, as medidas de primeiros socorros, a reconstituição do fator de coagulação, as técnicas assépticas para realização da punção, a realização de registros no diário de infusão e o armazenamento adequado das agulhas e de objetos perfurocortantes (SRIVASTAVA *et al.*, 2013; BARRY; HIBNER, 2015).

Ressalta-se que é responsabilidade do enfermeiro a prestação de informações sobre a assistência de enfermagem, os riscos e as complicações durante o tratamento à pessoa com hemofilia, ao familiar ou ao cuidador (BERARDINELLI *et al.*, 2014). No entanto, há a necessidade de padronização de informações, bem como a utilização de materiais educativos que auxiliem nesse cuidado (SANTAELLA; BLOOMBERG; ANGLADE, 2017). Os estudos sobre programas educacionais domiciliares para esse público alvo são limitados. Embora existam materiais educativos sobre este tema, poucos são validados (OYESIKU, 2011).

É sabido que o uso de materiais educacionais impressos proporciona o desenvolvimento de habilidades e media os conhecimentos durante as ações educativas. É uma alternativa viável para informação e sensibilização da população, que contribui para a promoção da saúde por meio da participação popular, em uma construção compartilhada de conhecimentos. Além disso, permite ao paciente e à sua família uma leitura posterior que reforça as orientações verbais realizadas na consulta de enfermagem, servindo como guia em casos de dúvidas e auxiliando as tomadas de decisão cotidianas (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Diante do exposto, os autores deste estudo observaram a falta de materiais educativos contendo orientações básicas que garantam maior compreensão da pessoa com hemofilia e/ou familiar em relação aos cuidados com a infusão endovenosa do fator de coagulação. Além disso, ao dialogar com profissionais de saúde que atuam em centros de referências em coagulopatias no Brasil, percebemos que é frequente a chegada de pessoas com hemofilia nos ambulatórios possuindo dúvidas em relação ao processo de infusão endovenosa em domicílio que vão desde a identificação de veias para punção até as intercorrências com a infusão do fator de coagulação.

Dessa forma, o assunto despertou nos autores inquietações e o desejo de elucidá-las, visando à construção de material educativo contendo orientações para a promoção do autocuidado para com essas pessoas. Portanto, a criação de uma cartilha como instrumento útil para descrição dos assuntos relacionados ao procedimento e como recurso viável diante da praticidade na aplicação no âmbito domiciliar é de extrema relevância, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes, tornando possível ter acesso às informações, instruções e formas de cuidado que devem ser seguidas.

Nessa circunstância, considerando que a prática incorreta do procedimento de infusão domiciliar endovenosa pode representar risco para a saúde e implicações na qualidade de vida bem como altos custos a saúde pública, e que a falta de materiais educativos pode dificultar a prestação de informações adequadas, o estudo justifica-se por desenvolver material educativo direcionado ao cuidado de pessoas com hemofilia. Logo, o objetivo foi elaborar e validar cartilha educativa para o cuidado domiciliar de pessoas com hemofilia.

MÉTODOS

Trata-se da confecção de cartilha educativa sobre a infusão endovenosa domiciliar do fator de coagulação pelas pessoas com hemofilia, elaborada a partir de um estudo descritivo desenvolvido em três etapas: 1) elaboração de cartilha educativa, 2) validação pelos juízes enfermeiros e 3) avaliação pelo público-alvo. O estudo foi realizado no período de março de 2017 a abril de 2019, no ambulatório do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo (HEMOES), instituição de referência em coagulopatias.

A primeira etapa consistiu na elaboração da cartilha e foi iniciada com o levantamento bibliográfico por meio de revisão de literatura, utilizando as seguintes fontes: Diretrizes internacionais da *World Federation of Hemophilia (Guidelines for the Management of Hemophilia)* e recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007; SRIVASTAVA *et al.*, 2013; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

O referencial metodológico para a elaboração da cartilha educativa seguiu as orientações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), os preceitos de Echer (2005) e Diretrizes de *A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials* (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010). Após elencar o conteúdo pertinente, foi elaborado o roteiro com informações e textos e, posteriormente, adequação da linguagem científica. Em sequência, com auxílio de *designer* gráfico, foi elaborada a arte, por meio da confecção de ilustrações, configuração e diagramação das páginas.

A segunda etapa, denominada validação de conteúdo e aparência, foi realizada com intuito de verificar se os conceitos foram representados de maneira adequada e se os textos do instrumento foram representativos dentro do universo do produto (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Optou-se por utilizar a técnica Delphi que consiste em um método sistematizado de julgamento de informações para obter um consenso entre juízes em relação a determinado tema por meio da aplicação de questionários estruturados e da realização de *feedback* estatístico de cada ciclo (PEREIRA; ALVIM, 2015). Nesse estudo, a realização da técnica Delphi se deu em duas rodadas: a primeira, consistiu no envio inicial dos materiais educativos aos juízes no mês de fevereiro de 2018 e a segunda, ao reenvio após adequações feitas a partir das sugestões da primeira rodada, no mês de junho de 2018.

Nesse estudo, os juízes corresponderam aos enfermeiros com os seguintes critérios de inclusão: ter titulação mínima de especialista e possuir experiência clínica de, no mínimo, dois anos de experiência na área de hemofilia. A busca pelos juízes ocorreu por amostragem intencional tipo *snowball* (COSTA *et al.*, 2013). Assim, quando um juiz se enquadrava nos critérios de elegibilidade preestabelecidos, era solicitado que ele indicasse outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência. Nesse sentido, 34 enfermeiros foram contatados via correio eletrônico por meio de uma carta convite. Desses, 11 aceitaram participar da primeira rodada do estudo e na segunda rodada no estudo, apenas sete enfermeiros.

Após a anuência para participar da pesquisa, foram entregues aos juízes: instruções para operacionalização; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; instrumento de validação, juntamente com a cartilha educativa e infográfico nas versões digitalizadas. O prazo para devolução dos instrumentos foi de 15 dias.

Os juízes avaliaram a cartilha respondendo um instrumento contendo questões referentes à caracterização dos juízes e um instrumento adaptado de Leite *et al.* (2018) e Crestani, Moraes e Souza (2017), composto por duas partes: a primeira continha itens relacionados à análise dos objetivos, da estrutura, da apresentação e da relevância dos materiais produzidos; a segunda parte era composta por itens que avaliaram todos os assuntos ali presentes de forma mais minuciosa. Para esta avaliação, utilizou-se a escala tipo *Likert*, com quatro pontos, variando de “nada pertinente” a “muitíssimo pertinente”, a qual permite avaliar cada subtítulo da cartilha e infográfico a partir da: clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Para opções assinaladas como “nada” e “pouco pertinente” foram solicitadas justificativas e, posteriormente, os itens foram revisados pelas pesquisadoras.

A terceira etapa se deu pela avaliação da cartilha educativa pelo público alvo no mês de janeiro de 2019. Participaram dessa etapa dez pessoas com hemofilia A e B ou pais/responsáveis de crianças portadoras que faziam terapia de infusão endovenosa em domicílio e que estavam aguardando consulta na sala de espera do ambulatório de um Centro de Hematologia, referência para o atendimento de coagulopatias no Município de Vitória/ES.

Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 18 anos, ser cadastrado no programa de coagulopatias da instituição e ser alfabetizado. O critério de exclusão adotado foi: apresentar deformidade em membros superiores ocasionados por artropatia hemofílica crônica que pudessem inviabilizar a avaliação dos materiais. Cumpre ressaltar que não houve participantes excluídos nessa seleção intencional.

O público alvo que participou da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebeu a cartilha e o infográfico impressos, juntamente com o instrumento de validação de aparência. Esse instrumento foi composto de itens que consideravam os domínios de organização, o estilo de escrita, a aparência e a motivação (COSTA *et al.*, 2013; MOURA *et al.*, 2017).

O participante foi direcionado individualmente a uma sala reservada para iniciar a leitura dos materiais. Em seguida, eles responderam aos instrumentos de validação que continham respostas do tipo “sim”, “não” e “não sei”. Durante todo o período, a pesquisadora colocou-se disponível para esclarecer as eventuais dúvidas quanto ao preenchimento da avaliação.

Por fim, os materiais educativos foram avaliados por dois professores do Curso de Línguas e um pedagogo do Curso de Educação de uma Universidade Pública para a revisão gramatical e textual.

Na etapa de análise do instrumento de validação pelos juízes, o cálculo baseou-se no Índice de Validação de Conteúdo (IVC) adotando-se como desejável o IVC maior que 0,80 (COSTA *et al.*, 2013). Aqueles que apresentaram IVC menores que 0,80 poderiam ser excluídos ou modificados de acordo com a sugestão dos juízes. O escore do IVC foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados como três ou quatro, dividida pelo número total de respostas. Para avaliação completa da cartilha e infográfico, utilizou-se o somatório de todos os IVC calculados separadamente, dividindo-os pelo número de itens do instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Os dados foram analisados e fundamentados na literatura pertinente sobre o assunto.

Na análise dos dados julgados pelo público alvo, foram considerados validados os itens com nível de concordância igual ou superior a 80% de respostas positivas. Foram consideradas as respostas positivas as que obtiveram as respostas “sim”. Os itens com índice de concordância menor que 80% foram considerados dignos de alteração.

Os dados foram compilados em uma planilha do programa Microsoft Office 365 e, após codificação e tabulação, analisados por meio de estatística descritiva.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob parecer 2.428.681, CAAE: 79412117.8.0000.5060, obedecendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três etapas distintas: 1) elaboração da cartilha educativa, 2) validação pelos juízes e 3) avaliação pelo público-alvo.

1. ELABORAÇÃO DA CARTILHA

A elaboração do conteúdo da cartilha ocorreu inicialmente com a participação do público-alvo em uma oficina realizada na sala de espera do ambulatório do centro de referência para levantar as principais dúvidas sobre o processo de infusão endovenosa domiciliar. Assim, foi elaborado um questionário com perguntas fechadas contendo 20 itens sobre os tópicos a serem abordados na cartilha. A oficina durou cerca de 1h30min e contou com a participação de 16 pessoas com hemofilia. O questionário apresentou três domínios de assuntos: quatro perguntas sobre o cuidado domiciliar, duas perguntas sobre o conhecimento específico sobre a doença e 14 perguntas sobre o conhecimento sobre a infusão endovenosa do fator de coagulação.

Assim, houve 14 sugestões dos participantes sobre tópicos a serem abordados na cartilha. Após a participação ativa do público-alvo, a elaboração da cartilha foi iniciada com o levantamento bibliográfico por meio de revisão de literatura. Para nortear a pesquisa, levou-se em consideração a seguinte questão: Quais as orientações recomendadas à pessoa com hemofilia para a infusão do fator de coagulação em domicílio?

A versão inicial da cartilha foi composta por 28 páginas de tamanho A4 (210 x 297) e intitulada Aplicando o fator de coagulação em domicílio, sendo dividida em 17 subtítulos. O texto foi escrito utilizando estilo de letra simples e de fácil leitura, em tamanho 12 para as informações e 14 para os subtítulos. As partes do texto em que se buscava alertar para algum ponto específico foram ressaltadas em negrito com o uso de cor vermelha, sinais chamativos como “atenção” e/ou emprego de caixa de texto.

Na capa, buscou-se retratar os personagens que estão presentes nas páginas da cartilha, sendo eles: um profissional de saúde, dois adultos jovens, uma idosa (que representa uma pequena porcentagem de pessoas com hemofilia do sexo feminino) e uma criança do sexo masculino, conforme preconizam Moreira, Nóbrega e Silva (2003). Os autores afirmam que a capa deve mostrar a mensagem principal do material e do seu público-alvo.

Na ficha catalográfica, encontram-se os nomes dos autores e dos colaboradores que participaram da validação de conteúdo e aparência feita por

enfermeiros de Centros de Referência em Hemofilia no Brasil e da validação de aparência por pessoas com Hemofilia, além de créditos técnicos, da designer gráfica e de profissionais que participaram da revisão gramatical e textual. O sumário foi organizado por 17 subtítulos com seus respectivos tópicos.

Dessa forma, as informações foram organizadas em sequência lógica de raciocínio, de forma a retratar sucintamente o que é infusão endovenosa domiciliar e como deve ser realizada pelo paciente e/ou responsável. Dentre os procedimentos, destacam-se o preparo, o armazenamento do fator de coagulação, a aplicação, o transporte, a reação alérgica e os possíveis riscos da prática em domicílio. Segundo Srivastava e outros (2013), esse conteúdo deve conter uma breve apresentação, seguida de seções de orientações relacionadas ao conhecimento geral em hemofilia: o reconhecimento de hemorragias, as medidas de primeiros socorros, a reconstituição do fator de coagulação, o armazenamento e a administração, as técnicas assépticas para realização da punção venosa, a realização de registros no diário de infusão, o armazenamento adequado das agulhas e dos objetos perfuro cortantes.

Após a validação pelos juízes e público-alvo, a versão final da cartilha foi intitulada Aplicando o fator de coagulação em domicílio na pessoa com hemofilia, possuindo 28 páginas, com dimensão de 150 x 210mm, impressa colorida no papel couchê fosco de 150g/m².

2. VALIDAÇÃO PELOS JUÍZES

A validação foi realizada por 11 enfermeiros na primeira rodada da técnica Delphi. Apresentavam, predominantemente, idades entre 31 e 40 anos (54,5%), e todas do sexo feminino (100%). Dentre elas, duas doutoras (18,2%), três mestres (27,3%) e seis especialistas (54,5%). Com relação ao exercício profissional, quatro possuem tempo de término de graduação entre um e 10 anos (36,3%), três entre 11 e 20 anos (27,3%), duas entre 21 e 30 anos (18,2%) e duas entre 31 e 40 anos (18,2%). Quanto ao tempo de experiência em hemofilia, seis juízes possuíam entre dois e cinco anos (54,5%).

Para a segunda rodada, participaram sete enfermeiros (63%), sendo classificados em: idades entre 31 e 40 anos (57,1%), e todas eram do sexo feminino

(100%). Dentre elas, duas mestras (28,6%) e cinco especialistas (71,4%). Com relação ao exercício profissional, três possuíam tempo de término de graduação entre um e dez anos (42,8%), três entre 11 e 20 anos (42,8%) e uma entre 21 e 30 anos (14,2%). Quanto ao tempo de experiência em hemofilia, seis juízes possuíam entre dois e cinco anos (85,7%) e um acima de 11 anos (14,3%).

Na primeira rodada, quatro dos 17 subtítulos da primeira versão da cartilha apresentaram IVC inferior a 0,80 em relação à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Nesses, foram feitas 12 sugestões para substituição ou exclusão de termos, reformulação de ilustração, readequação de frases, dentre outros. Essas propostas foram analisadas e todas as sugestões foram acatadas com base na literatura científica pertinente. Apesar de alguns subtítulos apresentarem IVC maior que 0,80, foram feitas 34 considerações pelos juízes como sugestões para readequação de frases, sendo 24 acatadas pelas pesquisadoras. Após as adequações, os materiais foram reenviados e na segunda rodada, todos IVCs foram maiores que 0,80 e somente um juiz realizou nova sugestão.

Ao compararmos os IVCs da primeira e segunda rodada da validação da cartilha, verificamos que em relação ao objetivo, todos os itens obtiveram IVC maior que 0,80. Quanto à estrutura e à apresentação, na primeira rodada da cartilha, o IVC foi de 0,72 em dois tópicos apresentados. Em relação à relevância, todos os itens da cartilha obtiveram IVC maior que 0,80 nas duas rodadas, conforme a tabela 1 no Anexo I.

3. AVALIAÇÃO PELO PÚBLICO-ALVO

A cartilha foi avaliada pelo público-alvo representado por dez pessoas com hemofilia com idades entre 33 e 52 anos, sendo oito do sexo masculino e duas do sexo feminino. Em relação ao nível de escolaridade, um (10%) possui ensino fundamental incompleto, outro (10%) fundamental completo, quatro (40%) ensino médio completo, dois (20%) ensino superior completo, um (10%) especialização e outro (10%) doutorado.

Para a avaliação da cartilha, dos quatro domínios avaliados, o estilo de escrita, a aparência e a motivação obtiveram maior número de respostas positivas. O nível de concordância das respostas positivas variou de 90% a 100% entre os

itens abordados, totalizando 99,2%, de forma geral. No entanto, foram feitas oito sugestões em relação à organização, ao estilo de escrita e à aparência, sendo sete acatadas e incluídas na versão final da cartilha.

Os participantes avaliaram positivamente a cartilha e indicaram relevância do material educativo, com relação às ilustrações de forma complementar aos textos, à motivação para leitura, além da clareza da escrita.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa promoveu a elaboração e a validação de conteúdo e aparência de material educativo, que servirá para que pessoas com hemofilia, cuidadores e familiares sanem dúvidas e superem dificuldades no contexto domiciliar da infusão endovenosa do fator de coagulação, de modo a agir positivamente no processo saúde-doença, prevenindo complicações e reduzindo os custos relacionados ao uso incorreto dessa medicação.

Apesar dos avanços nos meios de comunicação eletrônicos, optou-se pela confecção de material escrito. Tal escolha justifica-se pelo fato de ser material de fácil acesso, sem a necessidade de equipamentos eletrônicos, o que contribui para a orientação a toda população, independentemente de seu nível socioeconômico.

A pesquisa desenvolvida foi de grande relevância na busca da autonomia e protagonismo dos usuários, vez que despertou nos usuários e familiares a participação ativa na construção da cartilha, com o uso de estratégia coletiva através de oficinas, bem como proporcionou um diálogo e sensibilização junto aos profissionais de enfermagem, no que se refere ao cuidado às pessoas com hemofilia. As ilustrações e tópicos da cartilha são frutos das oficinas desenvolvidas por usuários e todo conteúdo foi baseado na literatura e legislação vigente, partindo das necessidades dos usuários e profissionais, deixando para o Estado do Espírito Santo um material educativo que contém informações relevantes sobre a temática.

Nessa linha, com vistas a melhorar as respostas dos serviços às necessidades das pessoas com hemofilia e a qualidade da atenção à saúde, buscou-se também a participação dos profissionais de enfermagem que são responsáveis pela assistência direta e contínua às pessoas com hemofilia no tratamento domiciliar de infusão do fator de coagulação. O material produzido busca interconectar o

serviço de saúde e comunidades, em sintonia com as necessidades de saúde desta população, contribuindo para compor um conjunto de experiências exitosas no campo da Educação Permanente em Saúde.

A intenção da cartilha, intitulada Aplicando o fator de coagulação em domicílio na pessoa com hemofilia, é propiciar a construção do conhecimento da pessoa com hemofilia através de uma aprendizagem significativa que seja capaz de promover mudanças reais de atitudes. Em suma, a proposta é que sirva de orientação passo a passo, de forma guiada e resumida, durante a realização da infusão endovenosa domiciliar pelas pessoas com hemofilia como suporte físico para os materiais utilizados.

Por essa razão, o enfermeiro, ao realizar suas orientações, pode se apropriar de ferramentas tecnológicas para se comunicar com o paciente e estimular seu interesse no aprendizado, onde a utilização de cartilhas educativas para integrar os pacientes no processo de ensino-aprendizagem, os torna potenciais mediadores e protagonistas no ato de cuidar (LIMA *et al.*, 2017; XIMENES *et al.*, 2019).

No contexto da infusão endovenosa domiciliar, essas intervenções são necessárias para se desenvolver comportamentos positivos e aumentar a adesão ao tratamento, à profilaxia, além de prevenir o agravamento dos eventos adversos. Desde 2011, o Ministério da Saúde promoveu uma série de avanços na política de assistência a pessoas com coagulopatias hereditárias através da implantação de tratamentos de imunotolerância e profilaxia primária. No mesmo ano, a intervenção domiciliar deixou de ser considerada de urgência e tornou-se um tratamento na prevenção e promoção da saúde, uma vez que a ampliação das doses domiciliares foi recomendada pelo Ministério da Saúde. Essa iniciativa proporcionou maior qualidade de vida aos pacientes submetidos ao tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

Percebem-se em Srivastava *et al.* (2013) alguns benefícios dessa terapia domiciliar, como: diminuição nos números de faltas na escola e no trabalho, aumento na liberdade para realização de atividades de lazer, bem como maior responsabilidade do paciente com o próprio tratamento, menor tempo de dor. Além da redução nas visitas do portador ao Centro Tratador.

No processo de validação de conteúdo e aparência da cartilha educativa, foram incluídas as contribuições dos juízes e dos representantes do público-alvo.

Apesar do IVC global ter sido satisfatório na primeira e na segunda rodada, os juízes realizaram sugestões de forma a garantir a melhor qualidade dos materiais educativos. Tais detalhes contribuem para o enriquecimento do produto e para o aprimoramento de sua aplicabilidade (NETO *et al.*, 2017; MOURA *et al.*, 2019).

Sendo assim, o processo de adaptação do material educativo às sugestões dos juízes é uma etapa essencial para tornar a tecnologia mais completa e com maior rigor científico. Na validação da cartilha, três juízes enfatizaram a necessidade de trocar as figuras ilustrativas do subtítulo “Você sabe o que é Hemofilia”. As modificações na cartilha foram orientadas de acordo com a recomendação das diretrizes internacionais, que indica que as práticas de esportes de baixo impacto, como natação, ciclismo e dança são mais recomendadas. Outra alteração de ilustração foi relacionada ao subtítulo “Descartando o material perfurocortante”, em que um juiz recomendou a troca do símbolo do recipiente reciclável para o símbolo infectante, representando assim material de risco biológico (AMESSE *et al.*, 2012; SRIVASTAVA *et al.*, 2013).

Foram sugeridos também acréscimos de informações relevantes e melhoria na escrita dos tópicos relacionados aos benefícios da infusão em domicílio, as orientações em caso de sangramento articular, os cuidados para evitar contaminação durante a infusão, a aplicação do fator de coagulação, o reconhecimento de reação alérgica e algumas dicas para transportar o fator de coagulação. Vale salientar que as alterações foram acatadas devido à concordância técnica e à pertinência na literatura científica.

O público-alvo também avaliou de forma positiva e considerou importante a construção da cartilha para promoção do conhecimento, com um conteúdo rico aliado à clareza, ao formato adequado e às ilustrações explicativas. Tais resultados devem-se ao fato de a terapia domiciliar diminuir os números de faltas na escola e no trabalho, aumentar a liberdade para a realização de atividades de lazer, bem como promover maior responsabilidade do paciente em relação ao próprio tratamento e menor tempo de dor. Além de reduzir as suas visitas ao Centro Tratador. Assim, foi possível observar nível de concordância das respostas positivas entre 90% a 100% na avaliação da cartilha. Das oito sugestões relacionadas a acréscimos de informações, substituição de termos técnicos e correções na sequência numérica de tópicos, sete foram acatadas.

Em relação às limitações do estudo podemos citar o pequeno acervo científico relacionado aos cuidados direcionados à infusão domiciliar de fator de coagulação sanguínea.

CONCLUSÃO

Este estudo elaborou e validou uma cartilha educativa que contribuirá com a prática educativa de enfermagem, tendo em vista que a cartilha se constitui de ilustrações capazes de auxiliar a aquisição de conhecimentos por meio de memorização dos cuidados necessários à infusão endovenosa do fator de coagulação, bem como um meio de padronizar as orientações dadas pelos profissionais às pessoas com hemofilia.

A cartilha elaborada e validada nesse estudo confere confiabilidade ao produto e o torna promotor do conhecimento, de adesão ao tratamento e de promoção do cuidado, permitindo que as pessoas com hemofilia sejam protagonistas do próprio tratamento, mediante maior autonomia para o desempenho seguro do cuidado. Espera-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas com pessoas com hemofilia, avaliando aspectos psíquicos e emocionais durante a infusão domiciliar do fator de coagulação.

Por fim, enfatiza-se a necessidade do apoio dos órgãos governamentais para a reprodução, divulgação e ampla distribuição desses materiais nos centros tratadores em hemofilia, em diferentes mídias, além da versão impressa.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AMESSE, C. *et al.* Home care: The road to independence. **Canadian Hemophilia Society**. 2012, 2. ed. Disponível em: <https://www.hemophilia.ca/files/Home%20care%20-%20The%20road%20to%20independence.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.

BARRY, D. G.; HIBNER, S. Care of the chronically ill patient with a bleeding disorder. **Rehabilitation Nursing**, v. 40, n. 3, p. 197-206, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/rnj.129>. Acesso em: 10 set. 2018.

BERARDINELLI, L. M. M. *et al.* Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-609, 2014.

BOADAS, A. *et al.* Haemophilia care in Latin America: Assessment and perspectives. **Haemophilia**,

p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hae.13607>. Acesso em: 31 ago. 2018

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Hemofilia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Distrito Federal, n. 12, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de dose domiciliar para tratamento das coagulopatias hereditárias**. Brasília: Ministério da saúde, 2007. 20 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 45, de 12 de março de 2003. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 mar. 2003.

CARVALHO, J.; ARAGÃO, I. Infografia: Conceito e Prática. **Revista Brasileira de Design da Informação**, v.9, n. 3, p. 160-177, 2012. Disponível em:

<https://infodesign.emnuvens.com.br/infodesign/article/download/136/114>. Acesso em: 11 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Parecer nº 004, de 04 de novembro de 2013. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 04 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 564, de 6 novembro de 2017. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 nov. 2017.

COSTA, P. B. *et al.* Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Revrene**, v. 14, n. 6, p. 1160-1167, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3732>. Acesso em: 24 ago. 2018.

CRESTANI, A. H.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Validação de conteúdo: clareza/pertinência, fidedignidade e consistência interna de sinais enunciativos de aquisição da linguagem. **CODAS**, v. 29, n. 4, p. 1-6, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n4/2317-1782-codas-29-4-e20160180.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2018.

DEATRICK, D.; AALBERG, J.; CAWLEY, J. **A Guide to creating and avaluating patient materials**. Guidelines for Effective Print Communication. Corporight, 2010. Disponível em: <http://www.eastgippslandpcp.com.au/assets/files/downloads/Module-3b-MH-Print-Guidelines-Intranet1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

ECHER, I. C. The development of handbooks of health care guidelines. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022>. Acesso em: 20 maio 2019.

GONÇALVES, M. S. *et al.* Development and validation o fan educational booklet for health eating promoting among diabetec patients. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, p. 7781, 2019.

LAMBERT, T. *et al.* Practical aspects of extended half-life products for the treatment of haemophilia. **Therapeutic Advances in Hematology**, v. 9, n. 9, p. 295-308, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30210757>. Acesso em: 19 set. 2018.

LEITE, S. S. *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira em Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1732-1738, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=en&tlng=en. Acesso em: 11 mar. 2019.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 2, p.181-189, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0181.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.

MOURA, I. H. *et al.* Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. **Rev. Latino Am-Enfermagem**, v. 25, p. e2934, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2934.pdf. Acesso em: 02 jan. 2019.

NETO, N. M. G. *et al.* First aid in schools: construction and validation of na educational booklet for teachers. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 87-93, 2017.

OYESIKU, J. O. O. Home treatment of haemophilia patients with inhibitors. **Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia**, Reino Unido, v. 17, n. 2, p. 173-178, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2516.2010.02418.x/full>. Acesso em: 10 set. 2017.

PEREIRA, R. D. M.; ALVIM, N. A. T. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 174-180, 2015.

SANTAELLA, M. E.; BLOOMBERG, M. C.; ANGLADE, D. National home infusion teaching guidelines will improve quality of care and patient outcomes in haemophilia treatment centres across the USA. **Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia**, Reino Unido, v. 1, p. 1-2, 2017.

SCHRIJVERS, L. H.; SCHUURMANS, M. J.; FISCHER, K. Promoting self-management and adherence during prophylaxis: evidence-based recommendations for haemophilia professionals. **Haemophilia**, v. 22, p. 499-406, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hae.12904>. Acesso em: 25 out. 2018

SRIVASTAVA, A. *et al.* Guidelines for the management of hemophilia. World Federation of Hemophilia. **Haemophilia**, v. 19, n. 1, p.e1-47, 2013. Disponível em: <https://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1472.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.

XIMENES, M. A. M. *et al.* Construction and validation of educational booklet contente for all prevention in hospitals]. **Acta Paul Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 433-41, 2019.

ANEXOS

Anexo I – ETAPA DE RESULTADOS: Avaliação dos juízes quanto aos objetivos, à estrutura/apresentação, à relevância e IVC da cartilha por item na primeira e na segunda rodada da técnica Delphi.

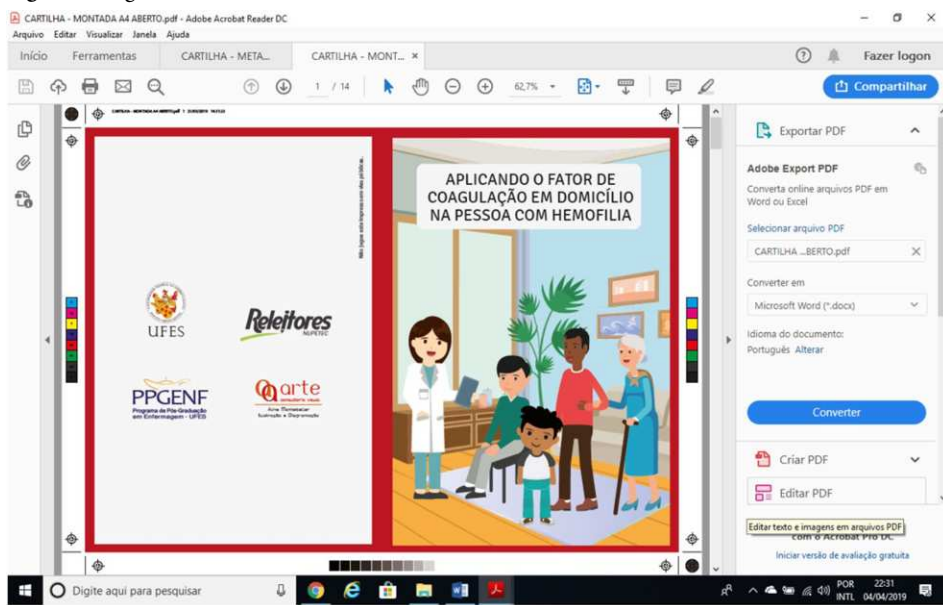
Tabela 1. Avaliação dos juízes quanto aos objetivos, à estrutura/apresentação, à relevância e IVC da cartilha por item na primeira e na segunda rodada da técnica Delphi. Vitória, ES, Brasil, 2021.

| Cartilha | | |
|---|--------------------------|-------------------------|
| Itens | 1ª Rodada N=11 IVC | 2ª Rodada N=7 IVC |
| 1. Objetivos | | |
| 1.1 Contempla o tema proposto | 1,00 | 0,85 |
| 1.2 Adequado ao processo de ensino-aprendizagem | 0,90 | 0,85 |
| 1.3 Esclarece dúvidas sobre o tema abordado | 1,00 | 1,00 |
| 1.4 Proporciona reflexão sobre o tema | 0,90 | 1,00 |
| 1.5 Incentiva mudança de comportamento | 1,00 | 1,00 |
| 2. Estrutura e Apresentação | | |
| 2.1 Linguagem adequada ao público-alvo | 1,00 | 1,00 |
| 2.2 Linguagem interativa, permitindo o envolvimento ativo no processo educativo | 1,00 | 1,00 |
| 2.3 Informações corretas | 0,72 | 0,85 |
| 2.4 Informações objetivas e esclarecedoras | 0,72 | 0,85 |
| 2.5 Informações necessárias | 1,00 | 1,00 |
| 2.6 Sequência lógica das ideias | 0,90 | 0,85 |
| 2.7 Tema atual | 1,00 | 1,00 |
| 2.8 Tamanho do texto adequado | 1,00 | 1,00 |
| 3. Relevância | | |
| 3.1 Estimula o aprendizado | 1,00 | 1,00 |
| 3.1 Contribui para o conhecimento na área | 0,90 | 1,00 |
| 3.3 Desperta interesse pelo tema | 0,90 | 1,00 |

N - número de juízes; IVC - índice de validade de conteúdo.

Anexo II – Figura 1 contendo imagens da versão final da cartilha.

Figura 1. Páginas da versão final da cartilha, Vitória, ES, Brasil, 2021.



Anexo III – Instrumento utilizado para validação da cartilha pelos juízes (enfermeiros).

Prezado Juiz

Por favor, leia minuciosamente a cartilha, sua contribuição é muito importante!

Em seguida, analise o instrumento de validação. Nesse momento, as figuras e os textos da cartilha serão avaliados em três critérios: **Clareza de linguagem**, **Pertinência prática** e **Relevância teórica**. Você deve atribuir uma nota para cada tópico avaliado conforme mostrado a seguir: 1- **Nada pertinente**; 2- **Pouco pertinente**; 3- **Muito pertinente**; 4- **Muitíssimo pertinente**. Caso considere algum item como **nada ou pouco pertinente**, você pode utilizar o espaço indicado para justificar sua resposta e até mesmo sugerir modificação ou exclusão de algum item.

Veja abaixo o conceito de cada critério:

- Clareza de linguagem: Considera a linguagem utilizada nos tópicos, tendo em vista as características da população respondente. O senhor (a) acredita que a linguagem da figura e texto da cartilha é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população?
- Pertinência prática: Analisa se cada figura e texto possui importância para a cartilha. O senhor (a) acredita que as figuras e textos propostos são pertinentes para esta população?
- Relevância teórica: Considera o grau de associação entre as figuras e textos e a teoria. O senhor (a) acredita que o conteúdo de cada figura e texto é relevante?

Após esta etapa, você deve atribuir uma nota de 1 a 4 para os atributos avaliativos (Objetivos, estrutura e apresentação, relevância).

OBS: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda todos os itens.

Data: _____/_____/_____

Identificação do juiz

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M


Qualificação profissional: () Doutorado () Mestrado () Especialização

Tempo de exercício profissional: _____

Tempo de experiência com hemofilia: _____

Título da cartilha: “APLICANDO O FATOR DE COAGULAÇÃO EM DOMICÍLIO”


1. “CONTEÚDO” – Refere-se a uma ideia, representação geral e abstrata de uma realidade

| SUBTÍTULOS (Figuras e textos) | CLAREZA DE LINGUAGEM  1 2 3 4 | PERTINÊNCIA PRÁTICA  1 2 3 4 | RELEVÂNCIA TEÓRICA  1 2 3 4 | SUGESTÕES |
|---|--|---|--|------------------|
| “Você sabe o que é hemofilia?” | | | | |
| “O que é infusão endovenosa do fator de coagulação?” | | | | |
| “Por que é tão importante que você faça o fator em casa?” | | | | |
| “Caso confirmado o sangramento nas articulações, você deverá:” | | | | |
| “Vou te ensinar a como armazenar o fator de coagulação” | | | | |
| “Observe cuidados importantes para evitar contaminação durante a infusão” | | | | |
| “Agora, vamos aprender como preparar o concentrado de fator de coagulação para aplicação” | | | | |
| “E para diluir o fator de coagulação?” | | | | |
| “Como você pode escolher uma boa veia?” | | | | |
| “Veja algumas dicas úteis para uma infusão endovenosa bem-sucedida” | | | | |
| “Agora, vou ensinar como aplicar o fator de coagulação” | | | | |

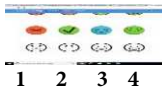
| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| “Como você deve descartar o material perfurante utilizado?” | | | | |
| “Podem acontecer riscos para a infusão endovenosa domiciliar do fator de coagulação. Vamos conhecê-los? -Existem várias maneiras para minimizar este problema.” | | | | |
| “Você deverá parar a infusão do fator de coagulação, quando?” | | | | |
| “E se a agulha sair da veia durante a infusão?” | | | | |
| “Vou te ensinar como reconhecer uma reação alérgica ao fator de coagulação” | | | | |
| “Dicas importantes para você transportar o fator de coagulação” | | | | |

AVALIAÇÃO GERAL

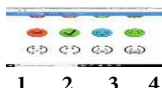
2. “OBJETIVO”: Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da cartilha.

| ITENS AVALIADOS | Nota: | SUGESTÃO |
|--|---|----------|
| |  | |
| 2.1 Contempla o tema proposto | | |
| 2.2 Adequado ao processo ensino-aprendizagem | | |
| 2.3 Esclarece dúvidas sobre o tema abordado | | |
| 2.4 Proporciona reflexão sobre o tema | | |
| 2.5 Incentiva a mudança de comportamento | | |

3. “ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO” - Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação

| ITENS AVALIADOS | Nota:  1 2 3 4 | SUGESTÃO |
|---|---|----------|
| 3.1 Linguagem adequada ao público alvo | | |
| 3.2 Linguagem interativa, permitindo o envolvimento ativo no processo educativo | | |
| 3.3 Informações corretas | | |
| 3.4 Informações objetivas e esclarecedoras | | |
| 3.5 Informações necessárias | | |
| 3.6 Sequência lógica das ideias | | |
| 3.7 Tema atual | | |
| 3.8 Tamanho do texto adequado | | |

4. “RELEVÂNCIA” - Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material educativo apresentado

| ITENS AVALIADOS | Nota:  1 2 3 4 | SUGESTÃO |
|---|--|----------|
| 4.1 Estimula o aprendizado | | |
| 4.2 Contribui para o conhecimento na área | | |
| 4.3 Desperta interesse pelo tema | | |

Anexo IV – Instrumento utilizado para validação da cartilha pelo público alvo

Prezado (a),

Leia minuciosamente a cartilha e o infográfico intitulado “Campo de autoinfusão”, em seguida preencha as planilhas abaixo. Você deve marcar cada item avaliativo com um “X”, conforme as opções a seguir: () Não; () Não sei;

() Sim. Caso considere algum item *inadequado*, você pode utilizar o espaço indicado para justificar sua resposta e até mesmo sugerir modificação ou exclusão de algum item.

Desde já agradeço sua participação!

Data: _____/_____/_____

Identificação do participante

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () F (

) M

Escolaridade:

() Alfabetizado

() Fundamental incompleto

() Fundamental completo

() Médio completo

() Médio incompleto

() superior completo

() Superior incompleto

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

Título da cartilha: “APLICANDO O FATOR DE COAGULAÇÃO EM DOMICÍLIO”

| ITENS DE AVALIAÇÃO | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | SUGESTÕES |
|---|-----------------------------------|-----------|
| 1. ORGANIZAÇÃO | | |
| 1.1 A capa da cartilha e a organização do infográfico chamou sua atenção? | () Não () Não sei () Sim | |
| 1.2 A sequência do conteúdo está adequada? | () Não () Não sei () Sim | |

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| 1.3 A estrutura da cartilha educativa e do infográfico estão adequados? | () Não () Não sei () Sim | |
| 2. ESTILO DE ESCRITA | | |
| 2.1 As frases são fáceis de entender? | () Não () Não sei () Sim | |
| 2.2 O conteúdo escrito é claro? | () Não () Não sei () Sim | |
| 2.3 O texto é interessante? | () Não () Não sei () Sim | |
| 3. APARÊNCIA | | |
| 3.1 As ilustrações são simples? | () Não () Não sei () Sim | |
| 3.2. As ilustrações servem para complementar o texto? | () Não () Não sei () Sim | |
| 3.3 As páginas ou tópicos parecem organizados? | () Não () Não sei () Sim | |
| 4. MOTIVAÇÃO | | |
| 4.1 Em sua opinião, qualquer pessoa com hemofilia que ler esta cartilha e infográfico vai entender? | () Não () Não sei () Sim | |
| 4.2 Você se sentiu motivado a ler a cartilha e o infográfico até o final? | () Não () Não sei () Sim | |
| 4.3 A cartilha e o infográfico mostram informações importantes para o cuidado domiciliar na aplicação do fator de coagulação? | () Não () Não sei () Sim | |
| 4.4 A cartilha educativa e o infográfico o motivou a agir ou pensar a respeito da aplicação do fator de coagulação? | () Não () Não sei () Sim | |



REABILITAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL NA DOENÇA DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI: ESTUDO DE CASO

Jonaina Fiorim Pereira de Oliveira
Aline Caus Zuqui
Kellen Valladão Schiavo
Crystian Moraes Silva Gomes

INTRODUÇÃO

A doença de Marchiafava-Bignami (DMB) é considerada rara e caracteriza-se por uma desmielinização do corpo caloso, associada ao consumo crônico de álcool e deficiência da vitamina D (CARRILHO *et al.*, 2013). Historicamente, os primeiros relatos da doença na literatura ocorreram em 1903 através dos patologistas Marchiafava e Bignami, que identificaram e descreveram a doença associando seus sintomas de convulsão e coma ao uso excessivo de álcool (TAKAHASHI; KAWAMURA; KOBAYASHI, 2018). A doença acomete prevalentemente pacientes do sexo masculino entre a faixa etária de 40-50 anos e sua etiologia não está bem definida, porém, está associada ao consumo crônico de álcool e deficiência de vitaminas do complexo B (CARRILHO *et al.*, 2013).

A apresentação clínica da DMB não é específica, entretanto, estudos apontam sinais e sintomas como disartria, alterações comportamentais, déficits de memória, ataxia, hemiparesia, tetraparesia e alterações na marcha. Essas manifestações podem ocorrer de forma aguda, subaguda e crônica. Na forma aguda, o indivíduo apresenta prognóstico mais reservado, podendo necessitar de internação hospitalar, devido a presença de convulsão, confusão mental e acometimento do sistema respiratório. A forma subaguda caracteriza-se por graus variados de confusão mental, disartria, alterações comportamentais e déficits de memória. Já na forma crônica ocorre uma demência progressiva e distúrbios da marcha (MARCHI *et al.*, 2019; MELLO *et al.*, 2020).

O diagnóstico da doença é estabelecido por correlações entre os achados clínicos e exames complementares, sendo as imagens de ressonância magnética do crânio indicativas de lesões bem definidas e simétricas do corpo caloso. Caso o diagnóstico e o tratamento não sejam oportunos, a DMB pode progredir para o coma ou a óbito (SOTO; RANGEL; RAYO, 2010; MELLO *et al.*, 2020). Dong, Bai e Nao (2018) estabeleceram alguns fatores relacionados ao pior prognóstico da doença na forma aguda ou subaguda: exame de imagem com lesões extracalosas, alterações graves do nível de consciência e consumo excessivo de álcool.

O manejo clínico de pessoas com DBM é complexo e requer uma abordagem abrangente e multidisciplinar. Os objetivos gerais do cuidado são maximizar o desempenho funcional e melhorar a qualidade de vida do indivíduo. O foco do cuidado pode mudar de acordo com as manifestações clínicas da doença. Para os pacientes com DMB e seus familiares, entender os sintomas da doença e como manejá-los é fundamental para evitar complicações precoces. Por isso devem, no processo de reabilitação, ter acesso a um programa de educação em saúde compreendido como um processo de construção de conhecimentos que visa à apropriação de determinado tema pela população, contribuindo para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores, alcançando uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012).

O impacto da Doença Marchiafava-Bignami pode ser descrito a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, que descreve a funcionalidade como o resultado da interação dinâmica entre estruturas e funções do corpo, atividades, participação e fatores contextuais (WHO, 2001). Isso indica que o impacto da doença será diferente para cada indivíduo, dependendo de todos os elementos citados. Pessoas com DMB apresentam incapacidades decorrentes de alterações nas funções e estruturas do corpo, experimentando problemas crescentes nas atividades diárias e na participação.

Para a realização deste trabalho foi realizada uma busca de literatura com intuito de identificar e compreender a produção bibliográfica da reabilitação do paciente crônico com DMB. No entanto, constatou-se a escassez de artigos específicos relacionados à temática de reabilitação. Considerando a raridade do caso e o fato da paciente em questão estar na fase crônica da doença, os profissionais envolvidos no caso foram estimulados a ampliar seus conhecimentos

sobre a temática, principalmente sobre a reabilitação do paciente com DMB (TAKAHASHI; KAWAMURA; KOBAYASHI, 2018; MOREIRA *et al.*, 1999).

Este estudo tem por objetivo relatar os efeitos do acompanhamento de reabilitação interdisciplinar de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em uma paciente do sexo feminino diagnosticada com Doença de Marchiafava-Bignami, acompanhada em um Centro Especializado de Reabilitação.

MÉTODOS

DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de caso único, sendo adotado o design A-B, onde (A) indica a fase inicial pré-intervenção e (B) a fase pós-intervenção. A partir das informações documentadas em prontuário, utilizou-se a abordagem qualitativa para compreender as narrativas do paciente, seu histórico ocupacional e a participação familiar no processo de reabilitação. E a abordagem quantitativa, coletada através de avaliações padronizadas para mensuração de mudanças no quadro clínico durante o processo de reabilitação.

O desenvolvimento do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, recebendo o parecer de número 3.628.685 de 2019 e CAAE 21020919.0.0000.5060. Sendo todas as etapas da pesquisa desenvolvidas sob as orientações das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RECRUTAMENTO

O participante do estudo foi recrutado por conveniência através da lista de espera do serviço de Terapia Ocupacional e Fisioterapia da Unidade de Tratamento Neurológico Adulto (UTNA) do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES). Os critérios de elegibilidade foram apresentar diagnóstico de doença de Marchiafava-Bignami conforme o CID-10, estar em abstinência do consumo de álcool e apresentar concordância e disponibilidade para participação no estudo. Os critérios de exclusão foram inadequação aos critérios supracitados.

PARTICIPANTE

O caso descrito refere-se a uma paciente do sexo feminino de 60 anos, solteira, ex-etilista (refere consumo excessivo até 2006), ex-tabagista e com hipertensão arterial sistêmica. Sobre a história pregressa da doença, em 2006 a paciente iniciou quadro de instabilidade e desequilíbrio progressivo na marcha, com elevado risco de quedas e implicações nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). No mesmo ano, o resultado de uma ressonância magnética do crânio demonstrou: lesão no esplênio do corpo caloso e substância branca periventricular peritrigonal e adjacente aos cornos occipitais bilateralmente, sem efeito compressivo. Entre os anos 2007 e 2010 a paciente realizou acompanhamento de reabilitação no serviço, com diagnóstico de polineuropatia, apresentando descontinuidade no tratamento por motivos demográficos (mudança de domicílio e região de saúde) e socioeconômicos. Entretanto, somente em 2009 foi diagnosticada com doença de Marchiafava-Bignami. Desde o início dos sintomas clínicos a paciente reside com a filha, que é sua principal cuidadora. Sobre o histórico ocupacional da paciente, como atividade de lazer realizava trabalhos manuais com crochê e desempenhava atividades laborais como empregada doméstica e atendente de lanchonete antes do aparecimento dos sintomas.

INTERVENÇÕES INTERDISCIPLINAR DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

A referida paciente foi encaminhada novamente ao serviço de reabilitação em 13/08/2018 e, através de triagem com médica fisiatra, foram constatados critérios de elegibilidade para programa de reabilitação multiprofissional com abordagem interdisciplinar. Em 09/10/2018 realizou-se avaliação com Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta, apresentando quadro de ataxia, apraxia, alterações na velocidade, amplitude e força dos movimentos, déficit na execução de movimentos coordenados com progressiva oscilação postural, dissinergia, tremor de ação, dificuldade de manter o equilíbrio na posição sentada e para realizar mudanças de decúbito e posição, especialmente de decúbito dorsal para sedestação. Dependente para transferência e manuseio da cadeira de rodas (mobilidade funcional em cadeira de rodas). Ortostase com assistência máxima e ausência

de marcha. Diminuição da coordenação, destreza e força muscular em membros superiores, alto nível de dependência e solicitação de assistência para a execução de atividades de vida diária como acomodar-se na cama, alcançar objetos na mesa, higiene pessoal, vestir e despir calçados, e nas atividades instrumentais da vida diária, preparo de refeições e limpeza, gerenciamento doméstico, e atividades manuais de lazer. Durante avaliação inicial a paciente demonstrou forte interesse em melhorar a mobilidade, a escrita funcional e coordenação, participação nas atividades domésticas e retornar à atividade manual de crochê. Além disso, a cuidadora informou que durante o período de descontinuidade do tratamento, houve recidiva no consumo de álcool.

A UTNA buscou desenvolver um modelo de reabilitação interdisciplinar. Neste modelo, faz-se necessário comunicação entre os profissionais envolvidos e um certo grau de interpenetração entre as áreas para que as necessidades da pessoa com deficiência sejam alcançadas. Assim, o plano terapêutico foi construído por profissionais de cada categoria e discutido entre a equipe. As sessões ocorreram semanalmente, com duração aproximada de 40 minutos em cada especialidade. Em momentos específicos foram realizados encontros dos profissionais com o paciente e seus familiares para orientações e educação, a fim de estimular a descoberta de recursos para lidar com as questões da doença, da diminuição da funcionalidade e dos seus efeitos sobre sua vida.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

(I) Medida de Independência Funcional (MIF) (RIBERTO *et al.*, 2004). Instrumento de avaliação funcional que analisa o grau de independência em um conjunto de 18 tarefas, divididas em duas subescalas: (1) MIF Motora, avalia as atividades referentes ao autocuidado, que compreende a avaliação do desempenho em relação à higiene, banho, vestir parte superior e inferior, uso do vaso sanitário; controle da urina e das fezes; transferências do leito para a cadeira/cadeira de rodas, para o vaso sanitário, para o chuveiro ou banheira e locomoção, com avaliação da marcha e do desempenho ao subir e descer escadas; (2) MIF Cognitiva/Social, que mensura a compreensão, expressão, interação social, resolução de problemas e memória. As atividades são avaliadas em uma escala

de sete níveis de dependência, em que o nível 1 indica dependência completa e o nível 7, independência completa. A interpretação do escore final considera: a) 18 pontos – dependência completa (assistência total); b) 19 a 60 pontos – dependência modificada (assistência de até 50% na tarefa); c) 61 a 103 pontos – dependência modificada (assistência de até 25% na tarefa); d) 104 a 126 pontos – independência modificada a completa.

(II) Escala para Avaliação e Gradação de Ataxia (SARA) (BRAGA-NETO *et al.*, 2010). Utilizada para mensuração de ataxia em indivíduos com disfunção cerebelar. O instrumento possui 8 subescalas (1) Marcha; (2) Postura; (3) Sentar; (4) Distúrbios da Fala; (5) Teste de Perseguição do dedo; (6) Teste Index-nariz; (7) Movimentos alternados e rápidos das mãos; (8) Manobra calcanhar-joelho. A avaliação é feita pela soma da pontuação obtida nos 8 itens, com intervalo possível de 0 a 40. Os maiores escores indicam maior incapacidade funcional e, conseqüentemente, maior gravidade da doença.

(III) Medida de Habilidade Manual (ABILHAND) (BASILIO *et al.* 2016). Instrumento de avaliação que contém 23 itens sobre atividades bimanuais em uma escala de pontuação de três níveis: Impossível, Difícil ou Fácil. A ABILHAND é aplicada sob a forma de entrevista, na qual o indivíduo é solicitado a avaliar a facilidade ou dificuldade ao desempenhar cada atividade quando as mesmas são realizadas sem ajuda, independentemente do(s) membro(s) superior(es) e das estratégias utilizadas. As respostas devem ser submetidas a uma análise online no site <http://www.rehab-scales.org>. Essa análise utiliza o modelo Rasch para converter os escores ordinais em uma medida linear. Nesse modelo, a habilidade manual de um indivíduo é equivalente à posição do mesmo ao longo de uma escala contínua, na qual os níveis de habilidade são materializados por atividades manuais (itens) de dificuldades variadas. O logit é uma unidade linear, que demonstra a probabilidade de sucesso do indivíduo em um determinado item e divide a escala em intervalos iguais.

(IV) Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) (LAW *et al.*, 2009). É um protocolo semiestruturado que mensura a percepção do indivíduo sobre o impacto de uma condição de saúde, doença ou trauma no desempenho de tarefas funcionais. A forma como o indivíduo realiza tarefas diárias importantes é avaliada sob três aspectos: desempenho, importância e satisfação.

PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de outubro de 2018 a setembro de 2019, a partir de informações disponíveis no prontuário do paciente. Os dados quantitativos dos instrumentos de avaliação foram analisados através de comparações entre os escores pré e pós-intervenção, realizadas no *Software Excel*. Além disso, os dados qualitativos foram organizados em padrões e apresentados de forma discursiva.

RESULTADOS

Com o intuito de mensurar mudanças na funcionalidade da paciente ao longo do acompanhamento interdisciplinar de reabilitação, foram realizadas avaliações na fase (A) pré-intervenção e na fase (B), após 14 semanas de intervenção. Os resultados das avaliações MIF, SARAM e COPM utilizadas pré e pós-intervenção estão disponíveis nas tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1. Medida de Independência Funcional (MIF) pré e pós-intervenção.

| | Pré Intervenção | Pós Intervenção |
|--|-----------------|-----------------|
| Autocuidado | | |
| Alimentação | 7 | 7 |
| Higiene pessoal: apresentação e aparência | 3 | 5 |
| Banho: lavar o corpo | 2 | 4 |
| Vestir: metade superior do corpo | 3 | 5 |
| Vestir: metade inferior do corpo | 3 | 4 |
| Utilização do vaso sanitário | 3 | 5 |
| Controle dos esfíncteres | | |
| Controle da urina: frequência de incontinência | 1 | 4 |
| Controle das fezes | 1 | 4 |
| Mobilidade | | |
| Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas | 1 | 4 |
| Transferências: vaso sanitário | 1 | 4 |
| Transferências: banheira ou chuveiro | 1 | 4 |

| Locomoção | | |
|------------------------------|----|----|
| Marcha/Cadeira de rodas (W) | 1 | 3 |
| Marcha/Cadeira de rodas (CR) | | |
| Escadas | 1 | 1 |
| Comunicação | | |
| Compreensão (A) | 7 | 7 |
| Compreensão (V) | | |
| Expressão (V) | 7 | 7 |
| Expressão (NV) | | |
| Conhecimento Social | 7 | 7 |
| Interação Social | | |
| Resolução de Problemas | 7 | 7 |
| Memória | 7 | 7 |
| MIF Motora | 28 | 54 |
| MIF Cognitiva | 35 | 35 |
| MIF Total | 63 | 89 |

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2020.

Tabela 2. Escala para Avaliação e Graduação de Ataxia (SARA) pré e pós-intervenção.

| | Pré Intervenção | Pós Intervenção |
|--|------------------------|------------------------|
| Marcha | 8 | 8 |
| Postura | 6 | 5 |
| Sentar | 4 | 2 |
| Distúrbios da fala | 3 | 3 |
| Teste de perseguição do dedo | 1 | 1 |
| Teste index-nariz | 1,5 | 0,5 |
| Movimentos alternados e rápidos das mãos | 3 | 2 |
| Manobra calcanhar-joelho | 3 | 1 |
| Pontuação total | 29,5 | 22,5 |

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2020.

Tabela 3. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) pré e pós-intervenção.

| Áreas de Desempenho Ocupacional | Problema de Desempenho Ocupacional | Desempenho Pré Intervenção | Desempenho Pós Intervenção | Satisfação Pré Intervenção | Satisfação Pós Intervenção |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Autocuidado | Vestir roupa | 8 | 8 | 9 | 9 |
| | Mobilidade funcional | 5 | 8 | 5 | 8 |
| Tarefas Domésticas | Preparo de refeição | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Lazer | Realizar crochê | 3 | 6 | 1 | 3 |
| Total | | 4,2 | 5,5 | 3,5 | 5,5 |

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2020.

Conforme observado na figura 1, a paciente apresentou melhora no desempenho funcional pós-intervenção com um aumento da MIF motora de 28 para 54 pontos, o que resultou em uma MIF Total pós-intervenção de 89 pontos em contraste com o valor inicial de 63 pontos. Em relação a SARA foram observadas redução do escore total do instrumento antes (29,5) e após a intervenção (22,5), sugerindo redução dos sintomas relacionados à graduação da ataxia.

Sobre o desempenho ocupacional, foram verificados aumento no desempenho de 4,2 para 5,5, e na satisfação de 3,5 para 5,5. Os dados coletados através da ABILHAND indicaram - 0.119 logits pré e 0.263 logits pós-intervenção. A paciente recebeu alta do programa de reabilitação em 24/09/2019, sendo orientada a retornar ao serviço para follow-up periódico.

DISCUSSÃO

A Marchiafava-Bignami é uma doença rara, e conseqüentemente, de baixo índice de suspeição clínica. Esse fato, aliado à falta de conhecimento sobre a doença, torna seu diagnóstico um desafio. Além disso, não há absolutamente qualquer quadro clínico padrão que seja típico da DMB. O prognóstico da doença e o tratamento de reabilitação ainda são incertos, uma vez que há poucos estudos quanto ao processo de reabilitação, e os relatos na literatura referente à eficácia dos mesmos são escassos, visto que a efetividade de uma intervenção de reabilitação pode ser mascarada pelo declínio natural associado à doença (TAKAHASHI; KAWAMURA; KOBAYASHI, 2018; CARRILHO *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 1999; DONG; BAI; NAO, 2018).

Há poucos estudos referentes a reabilitação de pacientes com DMB (TAKAHASHI; KAWAMURA; KOBAYASHI, 2018; MOREIRA *et al.* 1999). No entanto, a literatura científica não expressa estudos relacionados à independência funcional desses indivíduos. Devido aos problemas decorrentes dos sintomas da DMB, os pacientes com este diagnóstico apresentam comprometimento em sua independência funcional, necessitando de assistência e supervisão para realizar suas tarefas diárias. O nível de independência funcional em pacientes neurológicos tem sido considerado um indicativo de qualidade de vida relacionada à saúde, uma vez que o desempenho nas atividades da vida diária permite aos profissionais da área uma visão ampla do comprometimento da saúde e progressão da doença (WHO, 2001; RIBERTO *et al.*, 2004).

O Terapeuta Ocupacional e o Fisioterapeuta são profissionais integrantes da equipe multidisciplinar que trabalham alinhados para aperfeiçoar o desempenho funcional do paciente, buscando auxiliá-lo frente às suas demandas pessoais, sociais e de seu ambiente de trabalho. Sobre os artigos encontrados na literatura que apontam a reabilitação enquanto estratégia de cuidado, Moreira *et al.* (2010) relatam que os recursos fisioterapêuticos utilizados no processo de reabilitação de paciente com diagnóstico DMB foram: cinesioterapia ativa-assistida ou ativa; utilização de estratégias de execução cognitivo-motoras; orientações ao paciente e cuidadores. Em outro estudo, Takahashi *et al.* (2018) descreveram intervenções cognitivas (leitura em voz alta, identificação e nomeação de objetos) e treino de habilidades manuais, como a escrita, utilizadas no processo de reabilitação de uma paciente do sexo feminino com diagnóstico de DMB.

Os achados dos estudos supracitados corroboram com as intervenções de Fisioterapia e Terapia Ocupacional utilizadas no processo de reabilitação da referida paciente atendida no CER. Importante ressaltar que, devido à escassez de estudos sobre reabilitação em pacientes com DMB, os profissionais envolvidos no caso buscaram utilizar métodos de avaliações e de intervenções com evidência científica na reabilitação do paciente neurológico.

A Fisioterapia e a Terapia Ocupacional buscam melhorar a independência e a capacidade funcional. O foco principal da Fisioterapia está nas limitações de atividades relacionadas à mobilidade, incluindo a capacidade física, transferências, equilíbrio e marcha, objetivando aumentar a qualidade do

movimento, a independência funcional e a aptidão geral, evitando ou reduzindo as complicações secundárias. A Terapia Ocupacional se concentra em possibilitar o desempenho e o envolvimento em atividades e papéis significativos em casa e na comunidade. Essas atividades e papéis podem ser classificados em autocuidado, mobilidade funcional, atividades domésticas, trabalho remunerado ou não, atividades de lazer, dentre outras. Seu papel consiste também em permitir que os cuidadores apoiem e supervisionem o paciente nas atividades diárias, considerando seu próprio bem-estar.

Durante todo programa de reabilitação com Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta, as condutas realizadas tiveram como objetivo melhorar o desempenho motor e a independência da paciente em suas atividades de vida diária (AVDs). Nesse sentido, foram realizados progressivamente: alongamentos estáticos para todas as cadeias musculares anterior e posterior dos membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII) e tronco; fortalecimento muscular dos MMSS, MMII, abdominais, paravertebrais e glúteos; treino de dissociação de cinturas; treino de equilíbrio, das reações de endireitamento (inicialmente na posição sentada e posteriormente em ortostase) e das mudanças de decúbito e transferências posturais facilitados pelo método Bobath, propriocepção, treino de sentar e levantar e de ortostase com apoio. Foi realizado também treino funcional direcionado à tarefa, recorrendo a simulações das atividades realizadas no dia-a-dia, principalmente em relação aos MMSS nas áreas de autocuidado, tarefas domésticas, coordenação motora fina e escrita. Paciente e familiar foram orientados quanto a dispositivos de tecnologia assistiva que poderiam auxiliar na execução das AVDs, como bucha com cabo alongado, engrossadores e substituidores de preensão e lápis com peso. Concomitante às orientações quanto ao uso dos dispositivos, realizou-se orientação e treino de AVDs, acolhendo as principais demandas e interesses da paciente e da cuidadora. Assim, conforme seguiam as orientações em domicílio, eram avaliadas a resolutividade dos dispositivos e interesse na execução das tarefas.

A reabilitação do paciente neurológico depende de uma avaliação individual, minuciosa e eficaz para identificar os déficits e assim proporcionar um tratamento apropriado. Atualmente, a avaliação funcional tem sido destacada como um importante conceito para a compreensão do impacto da doença na

rotina diária dos pacientes. Inclui uma variedade de fatores, tais como a percepção dos sintomas, barreiras ambientais, necessidade de auxílio e supervisão, bem como fatores emocionais e do contexto familiar em que este indivíduo se encontra inserido (WHO, 2001; MOREIRA *et al.*, 1999; GAVIM *et al.*, 2013).

No presente estudo de caso, a paciente com diagnóstico de DMB apresentou escore pré-intervenção de dependência modificada (63 pontos) nas dimensões da avaliação proposta, indicando moderado comprometimento relacionado à saúde e necessidade de supervisão em relação ao seu desempenho funcional e ocupacional. Após as intervenções de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a paciente apresentou ainda, escore pós-intervenção de dependência modificada (89 pontos), mas com ganhos expressivos nas atividades de autocuidado (higiene pessoal, vestuário e utilização de vaso sanitário), controle de esfíncteres e mobilidade necessitando de menor assistência para desempenho.

A escala SARA é um método utilizado para a avaliação da gravidade da ataxia (BRAGA-NETO *et al.*, 2010). No presente estudo de caso, o escore pré-intervenção da escala SARA indicou moderado/grave comprometimento funcional (29,5 pontos). O escore pós-intervenção da escala SARA evidenciou melhora da capacidade funcional (22,5 pontos) principalmente nas atividades de sentar, teste índice e manobra calcanhar joelho. Tais achados indicam que os métodos de avaliações e de intervenções utilizados pelos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional foram pertinentes ao caso, otimizando o desempenho funcional da paciente.

Mudanças na função manual foram observadas através dos resultados da ABILHAND, medida pré - 0.119 logits e, pós-intervenção, 0.263 logits. O logit é uma unidade linear, que demonstra a probabilidade de sucesso do indivíduo em um determinado item do instrumento. Medidas positivas implicam maior habilidade para realização dos itens avaliados quando comparadas as medidas negativas (BASILIO *et al.* 2016). A paciente apresentou percepções positivas em relação ao desempenho e satisfação após as intervenções, avaliados através da COPM na área de mobilidade funcional e na realização de atividades de crochê, tanto na medida de desempenho como satisfação. Mudanças de dois pontos nos escores da avaliação são consideradas clinicamente relevantes, conforme informação do manual do protocolo (LAW *et al.* 2009).

Vale reforçar que o expressivo comprometimento apresentado pela paciente pré-intervenção é resultado do curso da doença, fatores ambientais, socioeconômicos, e pessoais, como a anterior descontinuidade do tratamento por motivos demográficos, contribuindo para um baixo desempenho funcional. Assim, torna-se evidente que as expectativas nos níveis de limitações funcionais apresentadas devem ser consideradas nos programas multidisciplinares de reabilitação. Isso estimula à criação de novos métodos e conceitos de reavaliação do indivíduo, descobrindo meios de investigação dentro de uma concepção voltada à demanda da doença. Acredita-se ainda, que identificar a capacidade funcional do paciente com DMB e sua competência para realizar suas atividades funcionais, de trabalho e lazer aproxima o profissional de saúde da realidade vivida pelos mesmos. Isso também possibilita um melhor planejamento da assistência a ser prestada, especialmente quando se fala em incapacidades, pois estas irão interferir diretamente na qualidade de vida desse paciente, nas suas demandas cotidianas, nos seus cuidadores e, conseqüentemente, no ambiente em que vivem.

CONCLUSÃO

A doença de Marchiafava-Bignami é uma condição neurológica associada ao consumo crônico de álcool, à desnutrição e à deficiência de vitamina B. As manifestações clínicas não apresentam um padrão típico e estão relacionadas com a fase da doença. O presente estudo de caso evidenciou a importância da reabilitação interdisciplinar de Fisioterapia e Terapia Ocupacional na redução de incapacidades funcionais e na diminuição da assistência e grau de dependência do cuidador. Apesar da metodologia do estudo de caso possibilitar examinar cuidadosamente os efeitos da intervenção, seu desenho limita a generalização dos resultados para uma população mais ampla. Destacamos a raridade da Doença de Marchiafava-Bignami, e a escassez de estudos na literatura descrevendo o processo de reabilitação destes pacientes. Nesse sentido, acreditamos que este estudo tem um papel importante na formulação de pesquisas futuras.

Contribuições dos Autores: Jonaina Fiorim Pereira de Oliveira contribuiu na concepção, redação, organização dos dados, discussão e revisão final. Kellen Valladão Schiavo contribuiu na concepção e revisão final. Aline Caus Zuqui foi responsável pelo levantamento de dados e análise. Crystian Moraes Silva Gomes contribuiu na redação, organização dos dados, discussão e revisão final.

REFERÊNCIAS

- BASILIO, M. L. *et al.* Cross-cultural validity of the Brazilian version of the ABILHAND questionnaire for chronic stroke individuals, based on Rasch analysis. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 48, n. 1, p. 6-13, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.2340/16501977-2044>. Acesso em: 18 ago. 2021
- BRAGA-NETO, P. *et al.* Translation and validation into Brazilian version of the Scale of the Assessment and Rating of Ataxia (SARA). **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 68, p. 228-230, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000200014>. Acesso em: 18 ago. 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44 p.
- CARRILHO, P. E. M. *et al.* Marchiafava-Bignami disease: a rare entity with a poor outcome. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 25, n. 1, p. 68-72, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/VxGZxtXRTspQbDDNJTPz4ms/?lang=en>. Acesso em: 18 ago. 2021
- DONG, X.; BAI, C.; NAO, J. Clinical and radiological features of Marchiafava-Bignami disease. **Medicine**, v. 97, n. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009626>. Acesso em: 18 ago. 2021
- GAVIM, A. E. A influência da avaliação fisioterapêutica na reabilitação neurológica. **Epilepsia**, v. 7, p. 90, 2012. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/9influencia_avaliacao.pdf. Acesso em: 18 ago. 2021.
- LAW, M. *et al.* Medida canadense de desempenho ocupacional (COPM). **Belo Horizonte: Editora UFMG**, 2009.
- MARCHI, F. *et al.* Marchiafava-Bignami Disease: Uncertain MRI Predictors of Outcome. **Journal of Neurology and Neuroscience**, [s. l.], v. 08, n. 01, p. 1-3, 2017. Disponível em: <https://www.jneuro.com/neurology-neuroscience/marchiafavabignami-disease-uncertain-mri-predictors-of-outcome.php?aid=18442>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- MELLO, A. L. *et al.* Marchiafava Bignami Disease: The Importance of Early Diagnosis and Treatment by a Multidisciplinary Team. **Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental**, v. 6, n. 1, p. 31-35, 2020. Disponível em: <https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/article/view/120>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- MOREIRA, M. L. *et al.* Abordagem fisioterapêutica nas manifestações neurológicas decorrentes do alcoolismo. **Revista Neurociências**, v. 7, n. 3, p. 104-107, 1999. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/10311>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- RIBERTO, M. *et al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>. Acesso em: 18 ago. 2021.

SOTO, G. R.; RANGEL, C. C.; RAYO, A. C. Enfermedad de Marchiafava-Bignami en dos pacientes mexicanos: hallazgos histopatológicos y correlación clínico-radiológica. **Medicina Interna de México**, v. 26, n. 6, p. 619-624, 2010.

TAKAHASHI, N.; KAWAMURA, M.; KOBAYASHI, Y. A Case of Nonalcoholic Marchiafava-Bignami Disease with Left-Right Differential Agraphia of Chinese Characters. **Case reports in neurology**, v. 10, n. 2, p. 232-241, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization, 2001.



INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NA DOENÇA DE PARKINSON: ESTUDO DE CASO

Crystian Moraes Silva Gomes
Kellen Valladão Schiavo
Aline Caus Zuqui

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma condição crônica progressiva, caracterizada pela perda de células produtoras de dopamina e substância negra promovendo redução da dopamina e da função estimulante dos gânglios da base no córtex motor e de outros circuitos neurais acarretando deficiências dopaminérgicas (SAMII; NUTT; RANSOM, 2004).

O controle do movimento é realizado por interações de vários grupos de células nervosas no sistema nervoso central. Está localizado na substância negra no mesencéfalo um relevante grupo de neurônios originadores de uma extensa rede de processos axonais que inervam os gânglios da base, estabelecendo sinapses predominantemente simétricas, através das quais os neurônios da substância negra se comunicam com os neurônios dos gânglios da base, liberando dopamina, um neurotransmissor (TRIARHOU, 2013). Um papel importante dos gânglios da base é orquestrar o desempenho de habilidades motoras voluntárias e semiautomáticas e o sequenciamento de movimentos através do planejamento, preparação, iniciação e sequenciamento de movimentos. Na doença de Parkinson, a disponibilidade de dopamina diminui gradualmente ao longo do tempo, sendo um dos principais fatores no desenvolvimento e progressão dos sintomas associados. A dopamina também contribui para os processos cognitivos, como manter e mudar o foco de atenção, o humor, a capacidade de resolução de problemas, a tomada de decisão e a percepção visual.

A doença de Parkinson é o segundo distúrbio neurodegenerativo mais prevalente, o primeiro é a doença de Alzheimer. Em países industrializados, a prevalência estimada é de 0,3% na população em geral e 1% nas pessoas acima

de 60 anos (FOX; BROTHIE; LANG, 2008). Os sintomas visíveis da doença de Parkinson sofrem influência de fatores ambientais e genéticos, entretanto, geralmente aparecem quando os neurônios dopaminérgicos foram reduzidos para aproximadamente 20% de seu número original (SAMII; NUTT; RANSOM, 2004). De forma geral, a classificação dos sintomas desta doença é dividida em duas categorias: (I) Sintomas motores; bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural, alterações na marcha (marcha arrastada, congelada), controle reduzido dos movimentos voluntários, posturas anormais, rosto mascarado, disartria e disfagia (SAMII; NUTT; RANSOM, 2004; TRIARHOU, 2013). (II) Sintomas não motores; alterações nas funções mentais como déficits nas funções cognitivas de nível superior (disfunção executiva, rigidez mental), demência, mudança na personalidade, alterações no humor, depressão, ansiedade, alterações no sono como insônia e sonolência em atividades diurnas. Problemas sensoriais incluem alterações na percepção visual, disfunção proprioceptiva, e dor, sendo a fadiga uma queixa comum que pode estar relacionada a problemas motores e não motores (SAMII; NUTT; RANSOM, 2004; CUSSO; DONALD; KHOO, 2016). É importante ressaltar que o número e a gravidade dos sintomas variam entre os indivíduos e aumentam conforme a doença progride, sendo a gravidade influenciada pela resposta ao tratamento.

O tratamento farmacológico é parcialmente eficaz no controle dos sintomas e sinais da doença de Parkinson, pois a medicação visa principalmente os comprometimentos relacionados a lesões dopaminérgicas e, portanto, não é eficaz para os comprometimentos amplamente relacionados a lesões não dopaminérgicas na DP, como comprometimento do equilíbrio e demência (FOX; BROTHIE; LANG, 2008). Com os crescentes sintomas da doença e as mudanças subsequentes nas atividades e na identidade pessoal, as pessoas que vivem com a doença de Parkinson e suas famílias podem encontrar muitos desafios e barreiras em suas vidas diárias, o que requer criatividade e flexibilidade para se adaptar. Muitos profissionais podem oferecer apoio a pessoas com doença de Parkinson e suas famílias para minimizar incapacidades e ajudá-los a lidar melhor com o impacto no cotidiano.

A terapia ocupacional é uma profissão que se concentra em permitir que as pessoas se adaptem e gerenciem os desafios que encontram em atividades e

papéis ocupacionais significativos (DIXON *et al.*, 2007; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008). Os princípios da terapia ocupacional no acompanhamento da pessoa com doença de Parkinson incluem: intervenção precoce para estabelecer relacionamentos, impedir que atividades e papéis sejam restritos ou perdidos e, quando necessário, desenvolver estratégias apropriadas de enfrentamento. Realizar avaliações e intervenções centradas no indivíduo; desenvolver metas em colaboração com o indivíduo e cuidador, com revisão regular, empregar uma ampla gama de intervenções para abordar questões físicas e psicossociais objetivando aumentar a participação em atividades cotidianas, como autocuidado, mobilidade, papéis domésticos e familiares, trabalho e lazer (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2008).

Um estudo de revisão sistemática (FOSTER; BEDEKAR; TICKLE-DEGNEN, 2014) identificou três categorias de intervenção frequentemente utilizadas por terapeutas ocupacionais na doença de Parkinson: (I) exercício ou atividade física (treinamento de resistência progressiva, mobilização articular, treinamento de estabilidade e equilíbrio, treinamento de marcha); (II) pistas, estímulos e objetos para melhorar as tarefas e o desempenho ocupacional (intervenções para DP visando enriquecer ou adaptar o ambiente, promovendo o aumento da capacidade de resposta do cérebro aos estímulos ambientais e ao contexto de ação); (III) estratégias de autogestão e cognitivo-comportamentais (intervenções individualizadas focadas na promoção de iniciativas de bem-estar e controle pessoal, ajudando os participantes a melhorar a qualidade de vida). Este estudo tem por objetivo relatar os efeitos de um programa de terapia ocupacional em uma paciente com doença de Parkinson, acompanhada em uma Unidade de Tratamento Neurológico Adulto de um Centro Especializado de Reabilitação, localizado em Vila Velha – Espírito Santo.

MÉTODOS

DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de caso único, em que foi adotado o design A-B, onde (A) indica a fase inicial pré-intervenção e (B) a fase pós-intervenção.

Utilizou-se a abordagem qualitativa para compreender as narrativas do paciente, seu perfil e histórico ocupacional e participação familiar no processo de reabilitação, obtidas a partir das informações documentadas em prontuário. E a abordagem quantitativa, através de avaliações para mensuração de mudanças no quadro clínico durante o processo de reabilitação.

O desenvolvimento do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) com parecer de número 3.628.685 e CAAE 21020919.0.0000.5060. Todas as etapas da pesquisa seguiram as orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RECRUTAMENTO

Os critérios de elegibilidade do estudo foram apresentar diagnóstico de Doença de Parkinson conforme o CID-10, disponibilidade em participar do estudo, e não apresentar outras comorbidades associadas. Os critérios de exclusão foram inadequação aos critérios supracitados. O participante do estudo foi recrutado por conveniência através da lista de espera do serviço de Terapia Ocupacional da Unidade de Tratamento Neurológico do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo.

PARTICIPANTE

No ano de 2018, uma paciente diagnosticada com doença de Parkinson há aproximadamente dois anos, foi elegível para tratamento no setor de Terapia Ocupacional após passar por triagem com médico fisiatra na Unidade de Tratamento Neurológico em um Centro Especializado de Reabilitação, apresentando limitações funcionais. Sua queixa inicial referia-se a rigidez articular, bradicinesia, perda de força muscular em membros superiores, fadiga e dificuldade em manter o equilíbrio durante as trocas posturais, acarretando prejuízo na funcionalidade.

A paciente do sexo feminino, 63 anos, casada, evangélica, possui três filhos adultos e reside no município de Serra - Espírito Santo. Não apresentava histórico de tabagismo ou etilismo, encontrando-se em tratamento farmacológico

para controle dos sintomas com levodopa combinada a um inibidor da dopa descarboxilase. No momento da anamnese, relatou desempenhar poucas atividades, restringindo-se a assistir televisão e algumas tarefas domésticas, devido à imposição dos filhos, que se preocupavam com possíveis acidentes. Em relação ao perfil e ao desempenho ocupacional da paciente, apresentou dificuldades nas atividades diárias, com moderada perda de independência em atividades relacionadas à mobilidade, como caminhar e transferências, e nas habilidades motoras, controle postural, equilíbrio e destreza manual, impactando diretamente em atividades diárias complexas como autocuidado e nas atividades instrumentais da vida diária, como o desempenho de tarefas domésticas e no gerenciamento do lar. Após avaliação da cognição, foi constatado que as limitações nessas atividades também estão vinculadas aos déficits nas funções mentais específicas, pois exigem atenção e flexibilidade mental para realização das tarefas motoras. Constatou-se comprometimento nas funções executivas, impossibilitando o planejamento e a organização de tarefas e rotinas complexas, como preparo de refeição e de lista de compras. A paciente apresentava ainda déficits visuais, como sensibilidade ao contraste, percepção figura fundo e na visão espacial.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

(I) Montreal Cognitive Assessment (MoCa) (MEMÓRIA; YASSUDA; NAKANO; FORLENZA, 2013); É um teste desenvolvido para a triagem de formas mais leves de comprometimento cognitivo, apresenta alta sensibilidade e especificidade para a detecção de comprometimento cognitivo leve, possuindo oito domínios cognitivos, divididos em 12 itens, totalizando 30 pontos: Função visuoespacial e função executiva, com teste de trilhas (1 ponto), cópia do cubo (1 ponto) e desenho do relógio (3 pontos); Nomeação de animais: leão, rinoceronte e camelo (3 pontos); Memória imediata com a repetição de cinco palavras: rosto, veludo, Igreja, margarida e vermelho (sem pontuação); Atenção com span de dígitos direto (1 ponto) e indireto (1 ponto), reconhecimento da letra “A” em uma sequência de letras (1 ponto) e subtração de sete seriado (3 pontos); Linguagem com a repetição de duas sentenças e fluência verbal com a letra “F” (1 ponto se ≥ 11 palavras); Abstração com duas sentenças (1 ponto cada); Evocação tardia

das cinco palavras anteriormente mencionadas na tarefa de memória imediata (1 ponto cada); Orientação temporal e espacial (6 pontos). O teste totaliza 30 pontos onde um escore maior ou igual a 26 pontos indica normalidade e menor que 25 pontos indicam comprometimento cognitivo.

(II) Parkinson Disease Questionnaire - 39 (PDQ-39) (CAROD-ARTAL; MARTINEZ-MARTIN; VARGAS, 2007); É uma escala específica de avaliação da qualidade de vida na doença de Parkinson, compreendendo 39 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes de resposta: “nunca”; “de vez em quando”; “às vezes”; “frequentemente”; “sempre” ou “é impossível para mim”. Os escores em cada item variam de 0 (nunca) a 4 (sempre ou é impossível para mim). O PDQ-39 é dividido em oito dimensões: Mobilidade (10 itens), Atividades de Vida Diária (6 itens), Bem-Estar Emocional (6 itens), Estigma (4 itens), Apoio Social (3 itens), Cognição (4 itens), Comunicação (3 itens) e Desconforto Corporal (3 itens). O escore total para cada indivíduo é calculado de acordo com a seguinte fórmula: $100 \times (\text{soma dos escores do paciente nas 39 questões} / 4 \times 39)$. O escore de cada dimensão é obtido da mesma forma que o escore total. A pontuação total no PDQ-39 varia de 0 (nenhum problema) a 100 (máximo nível de problema), ou seja, uma baixa pontuação indica melhor percepção da qualidade de vida por parte do indivíduo.

PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de novembro de 2018 a março de 2019, a partir de informações disponíveis no prontuário do paciente. Os dados quantitativos dos instrumentos de avaliação foram analisados através de comparações entre os escores pré e pós-intervenção, realizadas no software Excel. Além disso, os dados qualitativos foram organizados em padrões e apresentados de forma discursiva.

RESULTADOS

Com o objetivo de avaliar o comprometimento cognitivo da paciente foi aplicada a Montreal Cognitive Assessment (MoCa), que demonstrou aumento na pontuação após intervenção terapêutica ocupacional. Para mensurar a qualidade de vida foi utilizada a Parkinson Disease Questionnaire - 39 (PDQ-

39) que evidenciou diminuição dos escores do instrumento após intervenção. Os resultados destas avaliações encontram-se disponíveis nas tabelas 1 e 2.

Os resultados apontam aumento nos escores das subescalas do MoCa (Pré = 13 / Pós = 21) e diminuição nos escores das subescalas do PDQ-39 (Pré = 60,25 / Pós = 38,46). Os achados evidenciam que o protocolo de terapia ocupacional adotado favoreceu o ganho de habilidades cognitivas e diminuição de incapacidades nas áreas de mobilidade, atividade de vida diária, estigma, bem-estar emocional e desconforto corporal, refletindo em maior percepção sobre a qualidade de vida. Ao longo das intervenções foram desenvolvidas atividades grafomotoras para treino da escrita e da função manual. A figura 1 ilustra a evolução no padrão de desempenho entre as sessões 2 e 12.

DISCUSSÃO

O processo de reabilitação prevê uma abordagem centrada no cliente e o envolvimento direto dos profissionais, cuidadores e familiares no cuidado a partir da narrativa apresentada pela paciente e sua família na avaliação e nos atendimentos. O acompanhamento de reabilitação pode empregar técnicas e abordagens variadas, de acordo com o quadro clínico e o impacto das incapacidades sobre a funcionalidade do indivíduo. Terapeutas Ocupacionais usam principalmente combinações de técnicas e estratégias que neste estudo de caso incluíram: (I) Programa de Exercícios Físicos; (II) Treino da Função Manual; (III) Programa de Reabilitação Cognitiva; (IV) Treino e orientações para o desempenho de Atividades da Vida Diária e Instrumentais da Vida Diária; (IV) Orientação Familiar.

O Programa de Exercícios Físicos abordou a capacidade física e a mobilidade funcional, incluindo equilíbrio, transferências e fortalecimento muscular global, além de conscientização corporal, visto que uma percepção reduzida da posição do corpo no espaço pode acentuar chances de quedas nas pessoas com DP. Os exercícios foram realizados ao longo de todos os atendimentos, priorizando-se os autoalongamentos e alongamentos passivos, a estabilidade e mobilidade articular, o treino de resistência e de força muscular global. Sobre o Treino da Função Manual, foram desenvolvidos exercícios e atividades com massas terapêuticas graduadas para ganho de força em membros superiores e das habilidades

motoras, alcance, preensão, manipulação, coordenação e escrita funcional. Após intervenção foram observadas diminuição da pontuação do PDQ-39 na área de mobilidade, evidenciando melhora nas habilidades motoras. A combinação de diferentes modalidades de exercícios, como aeróbicos, de fortalecimento, de equilíbrio e de coordenação motora é aconselhável no tratamento da DP (PAILLARD; ROLLAND; BARRETO, 2015).

Durante toda intervenção foram utilizadas estratégias como pistas auditivas, através de instruções concisas e de comandos verbais claros, breves e bem sequenciados, para o treino e aquisição das habilidades motoras. A presença de uma única sugestão auditiva afeta o desempenho de pacientes com Doença de Parkinson, produzindo movimentos mais rápidos e fortes em relação ao tempo, quando a instrução verbal está presente, se comparada a sua ausência (HUI-ING *et al.*, 2004). O exercício físico é um instrumento poderoso para retardar o declínio da função física e cognitiva e na redução dos sintomas depressivos na DP, pois reduz a alteração dos neurônios dopaminérgicos na substância negra e contribui para o melhor funcionamento dos gânglios da base, que estão envolvidos nos comandos e controle motores por mecanismos adaptativos de neurotransmissão da dopamina e glutamato (PAILLARD; ROLLAND; BARRETO, 2015). Sessões de exercícios manuais com massa terapêutica são eficazes no incremento da qualidade do movimento em pessoas do DP, aumentando a destreza, a preensão manual e a força de pinça após a intervenção (MATEOS-TOSET *et al.*, 2016). Mudanças qualitativas na escrita e na função manual foram observadas ao longo do tratamento, como observado na figura 1. A paciente passou a apresentar maior destreza, força muscular e coordenação motora fina para atividades de colorir e escrita, além de melhor percepção visual para realização das atividades. Ressalta-se a enorme dificuldade inicial na visão de contraste, dificultando discriminar um objeto do fundo, e desenhos de maior complexidade. Pacientes com doença de Parkinson frequentemente relatam problemas em tarefas visuais, como dificuldades de leitura, visão dupla e julgamento equivocado sobre a forma e a distância de objetos.

Mudanças nas funções cognitivas na doença de Parkinson proporcionam redução da flexibilidade mental, nos processos de pensamento e baixa capacidade para resolução de problemas. O Programa de Reabilitação Cognitiva adotado enfatizou as Funções Mentais Específicas como alto nível cognitivo; julgamento,

funções executivas e práxis; atenção sustentada e seletiva, concentração; memória de curto-prazo e longo-prazo e de trabalho. Observa-se a partir das avaliações pré e pós-intervenção, melhora na função cognitiva pelo aumento do escore total do MoCa e pela diminuição do domínio Cognição do PDQ-39, indicando os efeitos positivos da intervenção. O treinamento cognitivo em pessoas com DP apresenta evidências clinicamente significativas sobre os efeitos na cognição em geral, bem como efeitos entre moderados e grandes em medidas de memória de trabalho, velocidade de processamento e funções executivas (VLASMA; KOERTS; FASOTTI; VAN LAAR; SPIKMAN, 2016).

Terapeutas Ocupacionais orientam e treinam o uso de estratégias cognitivas compensatórias para o desempenho ocupacional, visto que a progressão da DP pode interferir na realização de atividades do cotidiano em decorrência de baixa destreza, prejuízo no equilíbrio, capacidade reduzida para realização de múltiplas tarefas e aumento dos níveis de fadiga. O treino e orientações para o desempenho de atividades da vida diária e instrumentais da vida diária foi desenvolvido através de aplicação de estratégias compensatórias nas atividades diárias relacionadas às habilidades motoras, cognitivas e de planejamento. Foram adotados os princípios de conservação de energia e proteção articular para realização de atividades domésticas, técnicas de memorização e reforço visual e sequenciamento de tarefas. No início do tratamento observaram-se dificuldades emocionais na paciente, vinculadas a sentimentos de apatia, motivação e iniciativa reduzida, devido ao alto nível de assistência disponibilizada pelos familiares. Também se observou desconforto corporal decorrente de incertezas pessoais frente ao diagnóstico e possível julgamento de terceiros, devido às dificuldades motoras e cognitivas. Os principais aspectos que influenciam a restrição na participação de pessoas com DP estão relacionados a características da doença que passam a ser perceptíveis em público, sendo necessário o planejamento de estratégias para apoiar a participação, lidar com o estresse e compensar o fato de que as atividades cotidianas passam a demandar mais tempo e energia (THORDARDOTTIR; NILSSON; IWARSSON; HAAK, 2014). Após intervenção, foram encontradas diferenças nos domínios atividades da vida diária, bem-estar emocional, estigma e desconforto corporal, além de relatos qualitativos da paciente sobre a maior participação em atividades na comunidade, como ir à igreja e realizar compras.

Orientações familiares foram realizadas durante todo o processo de tratamento terapêutico ocupacional. Os familiares foram incentivados a conscientizar a paciente sobre posturas inadequadas, com instruções verbais, para que esta verificasse sua própria postura em intervalos regulares. Através de orientações e treinamento com o terapeuta ocupacional, os familiares conscientizaram-se sobre as capacidades da paciente, diminuindo o nível de assistência física disponibilizada para atividades relacionadas à mobilidade, principalmente para caminhada, adotando como assistência apenas as instruções verbais. Um aspecto negativo do acompanhamento da paciente foi a impossibilidade de realizar visita domiciliar para análise do ambiente físico e sugestões de possíveis adaptações. Modificações no ambiente físico podem aumentar a independência e a segurança ao reduzir a quantidade de esforço necessário para o desempenho de atividades. Estruturar o ambiente doméstico e fornecer pistas visuais como reforçadores são úteis, principalmente para pessoas com DP com déficits cognitivos, pois auxilia na obtenção de lembrança, além de reduzir chances de queda. Este estudo de caso apresenta como fator limitante a impossibilidade de realização de visita domiciliar ao paciente por inflexibilidade na organização da rotina institucional durante o período de acompanhamento. Salientamos a importância do acompanhamento longitudinal do caso após a alta, para o monitoramento da permanência dos ganhos funcionais observados após a intervenção.

CONCLUSÃO

A natureza e a variedade dos sintomas motores e não motores na doença de Parkinson se manifestam em graus e momentos diversificados. O tratamento farmacológico visa principalmente melhorar nos comprometimentos relacionados a lesões dopaminérgicas, não sendo eficaz para o tratamento de comprometimentos relacionados a lesões não dopaminérgicas. Este estudo de caso demonstrou que a intervenção da terapia ocupacional promoveu aumento da capacidade funcional da paciente ao longo do acompanhamento, através do aumento das habilidades cognitivas e diminuição de incapacidades nas áreas de mobilidade, estigma, bem-estar emocional e desconforto corporal, refletindo em maior percepção sobre a qualidade de vida. Ressaltamos a importância de futuras

pesquisas com maior número amostral, com a utilização de grupos-controles, sendo que o método utilizado no presente estudo, a discussão e suas limitações contribuirão como base para novos achados.

Contribuições dos Autores: Crystian Moraes Silva Gomes foi responsável pela redação, organização dos dados, discussão e revisão final. Kellen Valladão Schiavo contribuiu na concepção e revisão final. Aline Caus Zuqui foi responsável pelo levantamento de dados e análise.

REFERÊNCIAS

CAROD-ARTAL, F. J.; MARTINEZ-MARTIN, P.; VARGAS, A. P. Independent validation of SCOPA-psychosocial and metric properties of the PDQ-39 Brazilian version. **Movement disorders**, v. 22, n. 1, p. 91-98, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/mds.21216>. Acesso em: 09 ago. 2021.

CUSSO, M. E.; DONALD, K. J.; KHOO, T. K. **The impact of physical activity on non-motor symptoms in Parkinson's disease: a systematic review**. *Frontiers in medicine*, v. 3, p. 35, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4987718/>. Acesso em: 09 ago. 2021.

DIXON, L. *et al.* Occupational therapy for patients with Parkinson's disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6991932/>. Acesso em: 09 ago. 2021.

FOSTER, E. R.; BEDEKAR, M.; TICKLE-DEGNEN, L. Systematic review of the effectiveness of occupational therapy-related interventions for people with Parkinson's disease. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, n. 1, p. 39-49, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.008706>. Acesso em: 09 ago. 2021.

FOX, S. H.; BROTCHE, J. M.; LANG, A. E. Non-dopaminergic treatments in development for Parkinson's disease. **The Lancet Neurology**, v. 7, n. 10, p. 927-938, 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147444220870214X>. Acesso em: 20 ago. 2021.

HUI-ING *et al.* Effect of one single auditory cue on movement kinematics in patients with Parkinson's disease. **American journal of physical medicine & rehabilitation**, v. 83, n. 7, p. 530-536, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.PHM.0000130032.97113.E0>. Acesso em: 09 ago. 2021.

MATEOS-TOSET, S. *et al.* Effects of a single hand-exercise session on manual dexterity and strength in persons with Parkinson disease: a randomized controlled trial. **PM&R**, v. 8, n. 2, p. 115-122, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.06.004>. Acesso em: 09 ago. 2021.

MEMÓRIA, C. M. *et al.* Brief screening for mild cognitive impairment: validation of the Brazilian version of the Montreal cognitive assessment. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 34-40, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.3787>. Acesso em: 09 ago. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Occupational therapy intervention and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people in primary care and residential care. **London: National Institute for Health and Clinical Excellence.**

2008. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH16Guidance.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2021.

PAILLARD, T.; ROLLAND, Y.; BARRETO, P. S. Protective effects of physical exercise in Alzheimer's disease and Parkinson's disease: a narrative review. **Journal of clinical neurology**, v. 11, n. 3, p. 212-219, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3988/jcn.2015.11.3.212>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SAMII, A.; Nutt J. G.; RANSOM B. R. Parkinson's disease. **The Lancet**, v. 363, n. 9423, p.1783-1893, 2004. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16305-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16305-8). Acesso em: 20 ago. 2021.

THORDARDOTTIR, B. *et al.* "You plan, but you never know" – participation among people with diferente levels of severity of Parkinson's disease. **Disability and rehabilitation**, v. 36, n. 26, p. 2216-2224, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.898807>. Acesso em: 09 ago. 2021.

TRIARHOU, L. C. **Dopamine and Parkinson's disease**. In: Madame Curie Bioscience Database. Landes Bioscience, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6271/>. Acesso em: 20 ago. 2021.

VLASMA, T. T. *et al.* Parkinson's patients' executive profile and goals they set for improvement: Why is cognitive rehabilitation not common practice?. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 26, n. 2, p. 216-235, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1013138>. Acesso em: 09 ago. 2021.

ANEXOS

Tabela 1. Medida pré e pós-intervenção do Montreal Cognitive Assessment (MoCa).

| Montreal Cognitive Assessment (MoCa) | | |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
| | Pré Intervenção | Pós Intervenção |
| Visuoespacial/Executiva | 1 | 2 |
| Nomeação | 2 | 3 |
| Atenção | 2 | 4 |
| Linguagem | 1 | 2 |
| Abstração | 0 | 1 |
| Nomeação Tardia | 1 | 2 |
| Orientação | 6 | 6 |
| Escore Total | 13 | 21 |

Tabela 2. Medida pré e pós-intervenção do Parkinson Disease Questionnaire - 39 (PDQ-39).

| Parkinson Disease Questionnaire 39 (PDQ-39) | | |
|---|-----------------|-----------------|
| | Pré Intervenção | Pós Intervenção |
| Mobilidade | 20,51 | 12,82 |
| Atividades da Vida Diária | 6,41 | 5,76 |
| Bem-Estar Emocional | 4,48 | 1,92 |
| Estigma | 8,33 | 4,48 |
| Apoio Social | 6,41 | 6,41 |
| Cognição | 7,69 | 3,84 |
| Comunicação | 1,92 | 1,92 |
| Desconforto corporal | 7,69 | 1,92 |
| Escore Total | 60,25 | 38,46 |

Figura 1. Mudanças no padrão de pintura manual com lápis entre as sessões 2 e 12.



DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL: O QUE O PROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRECISA SABER

Willene dos Santos Machado Zorzaneli
Jéssica Graça Sant'Anna
Camila Batista Daniel
Priscila Marinho de Abreu
Regina Furbino Villefort Rocha
Gabriela Tonini Peterle
Thabata Coeli Dias Damasceno
Helenita Almeida Mameri
Solange Amigo Guimarães
Bianca Beraldi Xavier
Paola Fernandes Pansini
Isabella Bittencourt do Valle
Suzana Alves Patrício
Amanda Ferreira Menezes
Bruna Castelari Bissoli
Deyverton dos Santos Mendes
Sandra de Vasconcelos Schmidt
Jose Roberto Vasconcelos de Podesta
Sandra Ventorin von Zeidler

CONHECENDO UM POUCO DO HISTÓRICO DO CÂNCER DE BOCA NO ESPÍRITO SANTO

Em consonância com a política nacional e estadual de saúde, este texto faz parte das ações para ampliar a detecção precoce do câncer bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde no Espírito Santo. Essa escolha justifica-se pela necessidade de mudanças no cenário do câncer de boca no Espírito Santo, que apresenta uma das maiores taxas de incidência de câncer da cavidade oral (13,58/100 mil) no Brasil, além da elevada morbimortalidade.

A efetividade das ações de detecção precoce foi comprovada com a implementação do Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca

do Estado do Espírito Santo, em junho de 1992, sob coordenação do Dr. José Roberto Vasconcelos de Podestá, junto à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES). Naquela época, 83% dos casos de câncer de boca eram diagnosticados em estádios avançados da doença, quando as chances de cura estão reduzidas, com elevado impacto na qualidade de vida do indivíduo, alta mortalidade e elevado custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). O programa tem como eixo central a capacitação dos profissionais da APS para rastreamento do câncer de boca. Como eixos transversais, foram estabelecidas ações de conscientização da população sobre os fatores de risco para o câncer bucal e inovações nos processos de trabalho da Atenção Primária e integração com a Atenção Especializada. Esse conjunto de ações teve como resultado um expressivo aumento do número de casos diagnosticados precocemente, quando alcançamos 40% dos casos diagnosticados em estádios iniciais.

Desde sua fundação, o Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca do Estado do Espírito Santo vem desenvolvendo ações com a finalidade de intensificar e inovar as ações voltadas à detecção precoce do câncer de boca. Para isso, conta com uma equipe de pesquisadores composta por professores e estudantes da Universidade Federal do Espírito Santo, uma equipe multiprofissional dos Serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Santa Rita de Cássia – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC) e Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), além de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Os resultados de estudos realizados por esta equipe sugerem que o diagnóstico tardio pode estar relacionado à baixa cobertura de saúde bucal, com acesso reduzido da população à Atenção Primária, e à falta de informação da população (VON ZEIDLER *et al.*, 2013). Além disso, identificamos importantes gargalos que aumentam o tempo do diagnóstico, dentre eles a falta de conhecimento sobre o fluxo de encaminhamento para a Atenção Especializada, a necessidade de capacitação técnica continuada da equipe para o reconhecimento das lesões suspeitas e a inadequação da infraestrutura instalada em muitos municípios, limitando a realização do diagnóstico. Nossos dados mostraram que, desde a percepção dos primeiros sinais e sintomas, os pacientes demoraram em média nove meses até realizar o diagnóstico da doença (GOUVEA *et al.*, 2010). Esse longo período de busca pelo diagnóstico contribuiu para o avanço da doença e acarretou resultados desfavoráveis do tratamento, como recidivas locais e regionais.

Assim, todo esforço deve ser empregado para reduzir o tempo de diagnóstico, incentivando ações voltadas para a detecção precoce desses tumores. Com essas medidas poderemos realizar o diagnóstico em fases mais iniciais da doença, período em que as chances de tratamento e cura são maiores.

Dessa forma, este texto servirá de apoio para capacitação dos profissionais da Atenção Primária, em especial para os cirurgiões-dentistas, que têm papel crucial na detecção precoce do câncer bucal e suas lesões precursoras. Portanto, este livro faz parte das ações de Educação Permanente para o desenvolvimento do Sistema Estadual de Saúde do Espírito Santo, uma vez que agrupa as informações básicas para que os profissionais realizem as ações necessárias para o rastreamento do câncer de boca, contribuindo como um aliado da educação permanente em saúde.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO CÂNCER DE BOCA NO ESPÍRITO SANTO

O *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN, 2020) registrou 377.713 novos casos de câncer de lábio e boca em 2020, colocando estes tumores na 17ª posição entre os tumores mais prevalentes na população mundial. A taxa de mortalidade por esses tumores no período é de 4,7, considerando indivíduos de ambos os sexos e todas as faixas etárias (GLOBOCAN, 2020), com sobrevivência global média de 50% em cinco anos (BRAY *et al.*, 2018). No cenário mundial, o Brasil apresenta a quinta maior incidência de câncer de boca no sexo masculino na faixa etária inferior a 45 anos de idade, além de estar na sétima posição entre os dez países com maiores taxas de mortalidade pela doença (GLOBOCAN, 2020).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão auxiliar do Ministério da Saúde (MS) responsável pelas ações de prevenção e controle do câncer no país, publicou em 2020 a Estimativa de Câncer no Brasil. Para cada ano do triênio 2020-2022 são esperados 15.210 novos casos de boca no país, com 11.200 novos casos ocorrendo no sexo masculino, sendo o 5º tumor mais frequente na população masculina (INCA, 2020). A região Sudeste apresenta as maiores incidências de câncer de boca na população masculina (12,92 novos casos por 100 mil habitantes), enquanto o Nordeste apresenta as maiores incidências entre as mulheres (4,05 novos casos por 100 mil habitantes).

No estado do Espírito Santo, a estimativa é de 11,87 novos casos por 100 mil habitantes no triênio 2020-2022, totalizando 240 novos casos da doença a cada ano para o sexo masculino. Para o sexo feminino a estimativa é de 60 novos casos, com incidência de 2,04 novos casos por 100 mil habitantes. Observamos nesse período uma redução de 2,7% nos novos casos estimados em relação ao biênio anterior 2018-2019 (INCA, 2020).

Conhecer o perfil dos diferentes tipos de câncer e caracterizar possíveis mudanças de cenário ao longo do tempo são elementos norteadores para ações de vigilância do câncer — componente estratégico para o planejamento eficiente e efetivo dos programas de controle e prevenção ao câncer no Brasil. Nosso grupo tem trabalhado em diversas ações relacionadas ao diagnóstico situacional do câncer de boca no Espírito Santo e, de modo semelhante ao que ocorre nos demais estados brasileiros, o câncer de boca ocorre predominantemente em homens (80,8%) com idade superior a 50 anos de idade, tendo como principais fatores de risco a exposição crônica ao tabaco e consumo de bebidas alcoólicas (ABRAHÃO *et al.*, 2020). Levantamento realizado por nosso grupo registrou a ocorrência de 1.350 óbitos por câncer de boca em 20 anos (1998-2017), com impacto expressivo na perda prematura de indivíduos economicamente ativos para o Estado. A análise de tendência, que tem como finalidade medir variações temporais, mostrou aumento significativo de 1,1% ao ano no percentual anual médio (AAPC) de mortalidade no sexo masculino, e de 2,9% ao ano, para o sexo feminino. São dados preocupantes, pois mostram um aumento da mortalidade em mulheres nos últimos 20 anos, podendo sugerir uma mudança de exposição aos fatores de risco para a doença (SANT ANNA, 2020).

Comparando a cobertura de saúde bucal na Atenção Básica no ano de 2018 por municípios distribuídos nas quatro Regiões de Saúde do Estado (Norte, Central, Metropolitana e Sul) com as taxas de mortalidade ajustadas no período (2013-2017) é possível notar que, de forma geral, melhores coberturas de saúde bucal são observadas em municípios com menores taxas de mortalidade (Figura 1). Esses dados mostram a importância do cirurgião-dentista na detecção precoce do câncer de boca e reforçam a necessidade de educação continuada para rastreamento do câncer de boca.

Analisando a cobertura de saúde bucal na Atenção Básica, e considerando que a APS é a porta de entrada aos serviços de saúde, a baixa cobertura de

saúde bucal em parte dos municípios do estado pode limitar o acesso da população ao atendimento básico e retardar o diagnóstico do câncer de boca. Assim, compreender o cenário do câncer de boca no Estado do Espírito Santo é fundamental para traçarmos estratégias voltadas para o controle da doença, onde a educação continuada e a capacitação dos profissionais da APS, além da adequação da capacidade instalada dos municípios para o diagnóstico, são questões fundamentais para a detecção precoce do câncer de boca.

A distribuição dos casos de câncer de boca no Espírito Santo obtida por estudos realizados por nosso grupo no Hospital Santa Rita de Cássia – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer e Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes –, mostra maior número de casos diagnosticados em estádios clínicos III e IV em comparação aos estádios iniciais I e II, o que caracteriza doença avançada ao diagnóstico, como pode ser observado na Figura 2. Quando comparamos as taxas de sobrevida, observamos que 80% dos casos diagnosticados em estádios iniciais apresentam sobrevida média de cinco anos, em comparação com 20%-30% dos casos diagnosticados em estádios avançados da doença (DUMACHE, 2017; ABRAHÃO *et al.*, 2020).

IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DE GRUPOS DE RISCO PARA O CÂNCER DE BOCA

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca são o tabagismo e o etilismo. Para indivíduos que consomem tabaco e álcool concomitantemente, o risco é aumentado em 30 vezes se comparado a indivíduos que não estão expostos a estes agentes químicos. Além disso, é importante destacar o efeito cumulativo destas substâncias. Dessa forma, o tempo de exposição a esses fatores, bem como a quantidade consumida, aumentam o risco de câncer de boca. Esses fatores de risco — tabaco e álcool — têm sido empregados também como indicadores de prognóstico. Assim, indivíduos que continuam fumando durante o tratamento aumentam o risco de recidivas locais e regionais, bem como podem apresentar pior resposta ao tratamento (INCA, 2020).

Nas últimas décadas, o papilomavírus humano (HPV) tem sido apontado como fator de risco para o câncer de cabeça e pescoço, com maior relevância no desenvolvimento dos tumores de orofaringe. Estudos conduzidos por nosso grupo

mostraram que o HPV não é um fator determinante na tumorigênese do câncer de boca, reforçando a participação do tabagismo e do etilismo como os principais fatores de risco para a doença (ABREU *et al.*, 2018; ABREU *et al.*, 2020).

Dessa forma, os profissionais que atuam na APS devem sempre orientar e incentivar o paciente quanto à cessação do hábito de fumar, a redução do consumo de bebidas alcoólicas e a adoção de hábitos e estilo de vida mais saudáveis, como alimentação rica em frutas e verduras, atividade física diária e higiene bucal satisfatória. Também é muito importante recomendar um acompanhamento anual com o cirurgião-dentista, a fim de avaliar a saúde bucal.

Nesse contexto, reforçamos a necessidade de ações voltadas para a identificação e monitoramento dos grupos de risco para o câncer de boca. Idealmente, todo indivíduo deveria ter acesso a pelo menos uma consulta anual com o cirurgião-dentista, para acompanhamento e orientação sobre saúde bucal. No entanto, como mostrado na Figura 1, esta não é a realidade de muitos municípios, sobretudo para aqueles municípios onde a cobertura de saúde bucal na Atenção Básica é reduzida. Dessa forma, é muito importante que os indivíduos de maior risco para o câncer de boca, a saber: homens acima de 50 anos de idade, tabagistas e/ou etilistas crônicos, sejam priorizados. Com isto, a equipe de saúde bucal pode estruturar e monitorar os grupos de risco para realizar o exame bucal anualmente, aumentando a efetividade do atendimento. Também podem ser feitos planejamentos integrados com o Programa de Controle ao Tabagismo e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades, para orientação quanto à cessação do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Essas medidas favorecem o diagnóstico precoce do câncer de boca e das lesões precursoras do câncer, além de possibilitar ações que possam reduzir o risco da exposição aos fatores de risco, podendo até mesmo contribuir para a redução da incidência da doença.

LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE BOCA

As desordens potencialmente malignas da cavidade bucal abrangem um grupo de doenças que apresentam risco elevado para malignidade, podendo se transformar em carcinoma epidermoide oral, sendo, portanto, consideradas

lesões precursoras do câncer de boca. As mais conhecidas são a leucoplasia oral, eritroplasia oral, leucoplasia verrucosa proliferativa, queilite actínica e líquen plano oral (WARNAKULASURIYA, 2020). É importante destacar que essas lesões são identificadas durante o exame físico realizado pelo cirurgião-dentista e devem ser biopsiadas com o intuito de avaliar o risco de transformação maligna. A seguir, faremos uma breve descrição dos principais aspectos que devem ser lembrados para o diagnóstico das lesões precursoras.

Leucoplasia Oral (LO): A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a LO como uma placa branca que não pode ser caracterizada clínica e histopatologicamente como qualquer outra doença. Assim, o diagnóstico é dependente da exclusão de outras doenças que se manifestam como placas brancas, como o líquen plano oral, morsicatio, candidíase pseudomembranosa e queratose friccional. A LO apresenta forte predileção por indivíduos do sexo masculino acima de 40 anos de idade e ocorre mais frequentemente no ventre da língua e assoalho da boca. Apesar de não apresentar causa definida, o tabaco é apontado como principal fator de risco. Além disso, a LO é a desordem mais frequentemente encontrada na cavidade oral, embora apresente baixo risco de transformação maligna se comparada às demais lesões precursoras. Isto significa que apenas uma média entre 7 e 10% das LO evoluirá para câncer (WARNAKULASURIYA, 2020).

Eritroplasia Oral (EO): Placa ou mancha vermelha que não pode ser caracterizada clínica e histopatologicamente como qualquer outra doença. Apresenta-se bem definida, com consistência macia e textura aveludada. Geralmente é assintomática e quando associada a uma LO adjacente passa a ser denominada eritroleucoplasia. Atinge predominantemente adultos de meia-idade e não apresenta predileção por sexo. Os locais de maior envolvimento são o assoalho bucal, a língua e o palato mole. Faz-se necessário realizar biópsia para distinguir a eritroplasia de outras condições com aparência clínica semelhante, tais como mucosite, psoríase, candidíase eritematosa ou lesões traumáticas. Apesar de sua menor ocorrência, aproximadamente 90% das eritroplasias apresentam graus de displasia avançados, com grande risco de progredirem para o câncer de boca (WARNAKULASURIYA, 2020).

Leucoplasia Verrucosa Proliferativa (LVP): Caracterizada por projeções epiteliais proliferativas multifocais. Apresenta crescimento exófito

persistente, lento e irreversível, com superfície verrucosa. A gengiva é o sítio mais frequentemente acometido, com forte predileção pelo sexo feminino. Diferentemente da LO, não está associada ao uso de tabaco. Essas lesões apresentam alto risco de transformação maligna (WARNAKULASURIYA, 2020).

Queilite Actínica: Acomete o vermelhão do lábio inferior e é resultante da exposição crônica à radiação ultravioleta, em especial em indivíduos com exposição ocupacional à luz solar. Apresenta predileção por indivíduos do sexo masculino acima de 45 anos de idade com pele clara. Os achados clínicos iniciais incluem atrofia, ressecamento e fissuras no vermelhão do lábio inferior, com perda da definição da margem de transição entre o vermelhão do lábio e a pele. Além disso, áreas descamativas e ásperas podem surgir nas porções ressecadas do vermelhão do lábio (WARNAKULASURIYA, 2020).

Líquen Plano Oral (LPO): É uma doença inflamatória mucocutânea crônica relativamente comum, com provável etiologia autoimune, que envolve principalmente a mucosa oral. Clinicamente apresenta-se sob duas formas principais: reticular e erosiva. A forma reticular caracteriza-se por linhas brancas entrelaçadas (estrias de Wickham), geralmente com discreta borda eritematosa e não há relatos clínicos de transformação maligna. A forma erosiva manifesta-se como áreas atróficas e eritematosas frequentemente cercadas por finas estrias radiantes, ou por uma ulceração coberta por uma placa fibrinosa ou pseudomembranosa. Transformação maligna tem sido relatada em aproximadamente 2% das lesões diagnosticadas como líquen plano erosivo e, portanto, estes casos exigem acompanhamento mais rigoroso do profissional (INGAGOU *et al.*, 2006).

Em resumo, das desordens acima mencionadas, a que apresenta maior risco de malignização é a eritroplasia e o menor risco, a LO e o LPO. Estudos têm mostrado que a maioria dos carcinomas epidermóides orais surgem nos dois primeiros anos subsequentes à detecção de uma lesão precursora, porém, alguns estudos indicam que esse risco pode persistir ao longo de dez a quinze anos. Assim, é recomendado que seja feita a biópsia incisional dessas lesões com posterior análise histopatológica para avaliação do grau de displasia epitelial oral. Logo, lesões sem displasia ou com displasia leve devem ser monitoradas semestralmente, enquanto lesões que apresentam displasia moderada, severa ou carcinoma *in situ* devem ser

imediatamente encaminhadas para o médico especialista em cirurgia de cabeça e pescoço na Atenção Especializada, para acompanhamento rigoroso ou definição de conduta para remoção cirúrgica completa da lesão (WARNAKULASURIYA, 2020).

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE BOCA

O carcinoma epidermoide oral (CEO) é o tipo histológico responsável por mais de 95% dos tumores malignos que ocorrem na cavidade bucal. Como esses tumores apresentam características clínicas variadas, é imprescindível que o cirurgião-dentista esteja atento e preparado para identificar os sinais e sintomas apresentados nos estádios iniciais da doença. Embora a cavidade bucal permita a fácil visualização de alterações da normalidade, muitos pacientes não percebem a presença de lesões na região, principalmente porque o câncer de boca é assintomático nos estádios iniciais. Assim, o exame físico deve ser minucioso, sobretudo nas áreas anatômicas de maior ocorrência do câncer de boca: língua, assoalho bucal e área retromolar. Outros sítios como mucosa bucal, gengiva e palato também devem ser cuidadosamente examinados (LEWIS, 2018; WONG; WIESENFELD, 2018).

O CEO em estágio inicial normalmente não apresenta sintomatologia dolorosa ou desconforto, diferente dos estádios mais avançados em que há presença de dor severa, dificuldades na fala e mastigação, presença de sangramento, trismo e parestesia, podendo haver também mobilidade dentária e aumento de volume tecidual. Tais aspectos devem ser cuidadosamente investigados, pois influenciam no diagnóstico precoce da doença, e conseqüentemente na sobrevivência do paciente (LÓPEZ-LÓPEZ; OMAÑA-CEPEDA; JANÉ-SALAS, 2015; WONG; WIESENFELD, 2018).

Clinicamente, o CEO em estádios iniciais, pode alterar apenas a coloração do tecido afetado, tornando a região eritroplásica, leucoplásica ou ambas (eritroleucoplásica), dificultando, dessa forma, a percepção da presença das lesões. Com a progressão da doença, as lesões podem se caracterizar por pequenas úlceras de superfície irregular, coloração avermelhada e/ou esbranquiçada, margens elevadas e irregulares, firmes à palpação, com áreas necróticas superficiais, podendo ou não apresentar sangramento ao toque. Essas lesões

são caracterizadas por crescimento endofítico, apresentando área de depressão central, com bordas elevadas e consistência endurecida à palpação (LÓPEZ-LÓPEZ; OMAÑA-CEPEDA; JANÉ-SALAS, 2015). Lesões exofíticas também são frequentes e apresentam-se como crescimentos vegetantes, endurecidos, com superfície irregular e limites mal definidos, além de lesões com aspecto verrucoso e esbranquiçado que necessitam de atenção por se assemelhar a outras doenças (BAGAN; SARRION; JIMENEZ, 2010; WONG; WIESENFELD, 2018).

Uma vez confirmado o diagnóstico histopatológico de CEO, o paciente deve ser imediatamente encaminhado para o cirurgião de cabeça e pescoço (Atenção Terciária) para realizar o tratamento que terá variações conforme a extensão da doença (estadiamento clínico), instituindo-se abordagem cirúrgica, radioterapia e/ou quimioterapia.

DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL: BIÓPSIA E ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA

Em condições iniciais, o câncer de boca pode ser clinicamente confundido com outras lesões benignas, o que pode levar a atrasos no diagnóstico. Dessa forma, lesões na cavidade bucal que não cicatrizarem em três semanas devem ser biopsiadas para confirmação do diagnóstico. A análise histopatológica em fragmentos provenientes de biópsia é o padrão ouro para o diagnóstico, permitindo o diagnóstico rápido e definitivo da lesão.

A biópsia incisional é o procedimento recomendado para o diagnóstico das lesões suspeitas e pode ser realizada pelo próprio cirurgião-dentista no consultório odontológico. A biópsia incisional é um procedimento simples, rápido e fácil de controlar, e que oportuniza o diagnóstico precoce, ampliando as chances de cura do paciente.

Primeiramente deve-se selecionar uma região do tecido que apresente preferencialmente áreas ulceradas ou eritroplásicas. Em seguida, deve-se realizar a antisepsia da região e anestesia infiltrativa local. Para obtenção dos fragmentos teciduais, podem ser utilizadas pinças saca-bocado (Figura 5A-5C), que são preferenciais devido à facilidade no manuseio, especialmente para locais de difícil acesso, como a borda lateral posterior da língua. O ideal é obter pelo menos de um a três fragmentos com 3-5 mm de profundidade, evitando-se áreas necróticas.

Após a remoção do tecido deve ser feita hemostasia, aplicando-se compressão com gaze e, se necessário, sutura do local (SYLVIE-LOUISE AVON; KLIEB, 2012).

O tecido obtido deve ser prontamente colocado em frascos contendo formol tamponado a 10% e encaminhado para o Laboratório de Patologia para análise histopatológica que irá confirmar o diagnóstico de câncer e determinar o tipo histológico do tumor (Figura 5D). No caso do câncer de boca, o CEO é o tipo histológico mais frequente, correspondendo a aproximadamente 95% dos tumores malignos da cavidade bucal. O CEO tem origem no revestimento epitelial da cavidade bucal e é caracterizado por ilhas e cordões invasivos de células epiteliais malignas, invadindo a membrana basal e o tecido conjuntivo (Figura 5E-5F).

As células malignas são caracterizadas por apresentarem citoplasma eosinofílico, núcleos volumosos e hipercromáticos e relação núcleo-citoplasma aumentada. Graus diferenciados de pleomorfismo celular e nuclear são observados na avaliação histopatológica, bem como figuras mitóticas, típicas e atípicas (Figura 5G). Além disso, algumas células podem sofrer queratinização isolada e formar pérolas de queratina.

Para iniciar o CEO, as células epiteliais transformadas rompem a membrana basal, invadem a submucosa e, à medida que a proliferação celular progride, infiltram os tecidos adjacentes, como tecido adiposo, músculos e ossos, causando destruição e dando origem a dois sinais clínicos clássicos: o endurecimento e a fixação dos tecidos. A infiltração de células tumorais pode desencadear a resposta inflamatória, de modo que os tumores apresentam infiltrado inflamatório tumoral, composto principalmente por linfócitos T. Além disso, áreas focais de necrose podem estar presentes.

ESTADIAMENTO CLÍNICO

Após o diagnóstico histopatológico, é realizado o estadiamento clínico que tem como finalidade determinar a extensão da doença e, assim, definir a conduta terapêutica. O estadiamento do câncer de boca baseia-se no sistema TNM publicado pela *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), o qual considera o tamanho do tumor (T), o acometimento linfonodal (N) e a presença de metástases à distância (M). Essas características são determinadas pela inspeção detalhada da

lesão e palpação das cadeias linfáticas da face e pescoço. Adicionalmente, exames de imagem podem ser realizados para complementação do estadiamento clínico, como radiografias panorâmicas da mandíbula, seios da face e tórax; além de tomografia computadorizada (BRIERLEY; GOSPODAROWICZ; WITTEKIND, 2017).

A avaliação conjunta do tamanho do tumor e a presença de metástase regional e/ou à distância possibilita classificar o tumor em quatro estádios: I, II, III e IV. Os estádios I e II são estádios iniciais da doença e caracterizam-se por tumores menores e mais localizados, enquanto os estádios III e IV são caracterizados por lesões maiores (acima de 4 cm) e mais extensas, com envolvimento de linfonodos e estruturas adjacentes.

O estádio clínico no diagnóstico é um importante fator prognóstico do câncer de boca, uma vez que tumores diagnosticados nos estádios iniciais têm boas chances de cura e estão associados à melhor sobrevida em cinco anos. Já tumores em estádios avançados, além de apresentarem menor sobrevida, estão associados à elevada morbidade decorrente da extensão da doença e dos tratamentos impostos.

Na oitava edição do Manual de Estadiamento, além da extensão da doença, parâmetros histopatológicos foram inseridos para complementar o estadiamento clínico. Assim, os parâmetros: profundidade de invasão (DOI, do inglês *depth of invasion*) e extravasamento extranodal (ENE, do inglês *extranodal extension*) foram incluídos para definir as categorias T e N, respectivamente, aumentando a precisão da análise de prognóstico do sistema TNM (BRIERLEY; GOSPODAROWICZ; WITTEKIND, 2017).

DOI representa o crescimento tumoral invasivo e permite distinguir tumores mais superficiais daqueles mais infiltrantes. O valor da DOI é determinado em mm e corresponde à distância da membrana basal da mucosa normal adjacente até o ponto mais profundo da invasão tumoral (Figura 5H). A incorporação da DOI ao sistema TNM modificou os critérios para classificação T, de modo que para cada 5 mm de DOI, a categoria T aumenta um nível, deste modo, tumores com tamanho inferior a 2 cm, mas com DOI superior a 5 mm são classificados como T2, em vez de T1 (HUANG; O'SULLIVAN, 2017).

ENE corresponde à infiltração das células tumorais na cápsula do linfonodo e é um fator prognóstico ruim associado a maior risco de recorrência regional e/

ou metástase à distância. O ENE é confirmado a partir da análise histológica dos linfonodos após esvaziamento cervical e sua incorporação modificou a classificação N, subdividindo a classificação N3 em N3a, quando ENE é negativo e N3b quando ENE é positivo (HUANG; O’SULLIVAN, 2017; PILBOROUGH *et al.*, 2019).

Além desses parâmetros histopatológicos que foram inseridos no Manual de Estadiamento, outros também têm demonstrado bom papel prognóstico, tais como padrão de invasão tumoral, invasão perineural, invasão linfovascular e o infiltrado linfocitário tumoral. No entanto, ainda são necessários mais estudos para incorporar esses parâmetros no sistema de estadiamento e aplicação na rotina clínica.

PREPARO ODONTOLÓGICO PRÉVIO AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA

Ao realizar o diagnóstico do câncer de boca, o cirurgião-dentista deve novamente examinar o paciente, agora visando o preparo do meio bucal para início do tratamento oncológico. Nesse momento se estabelecem as intervenções a serem realizadas no sentido de prevenir agravos bucais e de saúde geral que possam retardar ou interferir no tratamento antineoplásico.

Embora uma avaliação minuciosa e abrangente deva ser realizada, devemos estar cientes dos objetivos do tratamento odontológico para esse grupo de indivíduos. Pacientes diagnosticados com câncer necessitam de cuidados oncológicos emergentes e, portanto, as necessidades de tratamento devem ser priorizadas e triadas.

O planejamento do tratamento odontológico deve priorizar conjuntamente com qualquer intervenção que venha a ser realizada, a orientação de higiene bucal para que se tenha o controle da doença periodontal e cárie. Se necessário, fazer adaptações na rotina de escovação, utilização do fio dental e uso de enxaguatórios bucais.

Os cirurgiões-dentistas devem concentrar seus esforços também na eliminação de focos de infecção odontogênica, através de exodontias, raspagem e alisamento radicular e/ou tratamento endodôntico. Dentes cariados não restauráveis, elementos dentários com comprometimento periodontal grave ou dentes com comprometimento pulpar apresentando prognóstico que possa exigir tratamento futuro, antes do início da quimioterapia ou radioterapia, devem ser extraídos.

A exodontia está indicada em situações de lesões periapicais extensas, doença periodontal moderada ou avançada, especialmente com perda óssea importante. Também está indicada exodontia de raízes residuais, dentes impactados ou com erupção incompleta. Durante o procedimento cirúrgico de exodontia, a manipulação dos tecidos deve ser realizada de forma mais atraumática possível, com fechamento primário sem tensão tecidual, sendo prioridade os dentes no campo da terapia de radiação. Em geral, exodontias realizadas em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço devem idealmente ser conduzidas logo após o diagnóstico do câncer, com antecedência de pelo menos três semanas do início da radioterapia para permitir cicatrização adequada dos sítios cirúrgicos.

Todos os dentes viáveis devem ser mantidos por necessidades estéticas e funcionais, estabilidade de próteses e manutenção da qualidade de vida. Entretanto, quanto menos motivado o paciente na manutenção de bons cuidados de higiene bucal e acompanhamentos regulares com o cirurgião-dentista, mais agressiva deve ser a indicação de exodontias dentárias antes da radioterapia.

Infecções odontogênicas com envolvimento pulpar em dentes restauráveis podem ser tratadas endodonticamente e seladas com material restaurador definitivo, como um núcleo de resina, quando temporalmente viável. Além de eliminar fontes de infecção, a remoção de fontes de trauma é outro importante objetivo do tratamento. Restaurações, aparelhos ortodônticos fixos ou próteses removíveis com bordas irregulares ou ásperas que possam provocar trauma devem ser ajustados, pois ulcerações traumáticas podem servir como focos para infecções futuras. Também é recomendável que não sejam feitas alterações intensas do aparelho ortodôntico, sendo na maioria das situações indicada a remoção dos aparelhos fixos previamente ao tratamento oncológico.

Vale ressaltar que a escolha do anestésico, das técnicas operatórias e da medicação pré e pós-operatória devem ser guiadas levando em consideração as condições sistêmicas do paciente e, em geral, a presença do câncer na boca não altera os protocolos utilizados na rotina para pacientes sem câncer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos apresentar os aspectos fundamentais que podem nortear toda a conduta clínica, desde o conhecimento sobre a epidemiologia do câncer de

boca, a determinação dos grupos de risco, a identificação de lesões suspeitas e precursoras, além dos métodos aplicados ao diagnóstico e à conduta clínica frente ao paciente com câncer de boca. Esperamos que nossa contribuição possa dar suporte aos profissionais da APS para realizar o rastreamento do câncer de boca, e modificar o atual cenário de diagnóstico tardio no Espírito Santo.

O Estado do Espírito Santo desde 2012, por meio de sua Secretaria de Saúde, estabeleceu diretrizes da Política Estadual de Prevenção e Controle do Câncer e Organização da Rede de Atenção Oncológica através da Portaria nº 001, a qual enuncia uma política com foco na prevenção, tanto da exposição aos fatores de risco tabagismo, álcool e radiação solar, quanto dos tipos de câncer mais sensíveis à atenção primária, dentre eles o câncer de boca. Dessa forma, monitorar os grupos de risco para o câncer bucal e oferecer a essa população mais vulnerável acesso aos serviços de saúde bucal na atenção básica, pode favorecer a detecção precoce desses tumores.

Adicionalmente, o treinamento e a capacitação dos profissionais da saúde, com o objetivo de realizarem a detecção precoce, poderá contribuir de forma significativa para a redução no estadiamento do câncer de boca no Espírito Santo, com impacto positivo na sobrevivência, qualidade de vida e na otimização do uso dos recursos financeiros, aprimorando o atendimento e melhorando o acesso aos serviços do SUS, com menor tempo de atendimento e maior efetividade. Dessa forma, a sistematização das ações de capacitação na APS têm importância fundamental neste processo, mantendo os profissionais habilitados e motivados para esta importante missão. Além disso, é fundamental que municípios com menor capacidade para o diagnóstico, seja pela infraestrutura ou pela carência de profissionais habilitados para a detecção precoce na APS, possam ter um ponto de apoio nas unidades de matriciamento, onde sejam possibilitadas trocas de informações, experiências e, até mesmo, encaminhamento dos seus pacientes, proporcionando maior rapidez e eficiência no diagnóstico do câncer bucal, sem sobrecarregar a atenção terciária.

APOIO

Agradecemos o apoio da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Espírito Santo (Proex) e da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito

Santo (Edital Fapes/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA Nº 25/2018 – PPSUS e Edital Fapes/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA Nº 03/2018 – PPSUS). Este texto é resultado da parceria entre as Equipes de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Santa Rita de Cássia — Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC) e do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes e dos pesquisadores do Laboratório de Patologia Molecular da Universidade Federal do Espírito Santo.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, R. *et al.* Predictors of survival after head and neck squamous cell carcinoma in South America: the InterCHANGE study. **JCO global oncology**, v. 6, p. 486-499, 2020. DOI: 10.1200/GO.20.00014. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00014>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- ABREU, P. M. *et al.* Frequency of HPV in oral cavity squamous cell carcinoma. **BMC Cancer**., cidade, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2018. DOI: 10.1186/s12885-018-4247-3. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-018-4247-3>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- ABREU, P. M. *et al.* Human Papillomavirus E6/E7 mRNA detection by in situ hybridization in oral cavity squamous cell carcinoma. **Arch Oral Biol.**, v. 116, e104746, 2020. DOI: 10.1016/j.archoralbio.2020.104746. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003996920301242>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- BAGAN, J; SARRION, G.; JIMENEZ, Y. Oral cancer: clinical features. **Oral oncology**, v. 46, n. 6, p. 414-417, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1368837510000989>. Acesso em: 29 ago. 2021.
- BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.
- BRIERLEY, J.; GOSPODAROWICZ, M.; WITTEKIND, C. **UICC TNM classification of malignant tumours**. 8. ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2017, 272 p.
- DUMACHE, R. Early Diagnosis of Oral Squamous Cell Carcinoma by Salivary microRNAs. **Clinical Laboratory**., Boston, v. 63, n. 11, p. 1771-1776, 2017.
- GLOBOCAN. **Incidência Estimada de Câncer Mortalidade e prevalência mundial em 2020**. Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- GOUVEA, S. A. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 261-265, 2010.
- HUANG, S. H.; O’SULLIVAN, B. Overview of the 8th edition TNM classification for head and neck cancer. **Current treatment options in oncology**, Baltimore, v. 18, n. 7, p. 1-13, 2017. DOI: 10.1007/s11864-017-0484-y. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28555375/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

INGAFOU, M. *et al.* Oral lichen planus: a retrospective study of 690 British patients. **Oral Diseases**, v. 12, p. 463-468, 2006. DOI: 10.1111/j.1601-0825.2005.01221.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-0825.2005.01221.x>. Acesso em: 01 set. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** [Internet]. Rio de Janeiro: 2020, 120 p.

JAWARD, H.; HODSON, N. A.; PIXON, P. J. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 1. **British Dental Journal**, v. 218, p. 65-68, 2015. DOI: 10.1038/sj.bdj.2015.28. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25613260/>. Acesso em: 30 ago. 2021.

JAWARD, H.; HODSON, N. A.; PIXON, P. J. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 2. **British Dental Journal**, v. 218, n. 2, p. 69-74, 2015. DOI: 10.1038/sj.bdj.2015.29. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25613261/>. Acesso em: 30 ago. 2021.

KUFTA, K. *et al.* Pre-Radiation dental considerations and management for head and neck cancer patients. **Oral Oncology**, v. 76, p. 42-51, 2018. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2017.11.023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29290285/>. Acesso em: 30 ago. 2021.

LEVI, L. E.; LALLA, R. V. Dental Treatment Planning for the Patient with Oral Cancer. **Dental Clinics of North America**, [S. l.], v. 62, n. 1, p. 121-130, 2018. DOI: 10.1016/j.cden.2017.08.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29126489/>. Acesso em: 30 ago. 2021.

LEWIS, M. A. O. Mouth cancer: presentation, detection and referral in primary dental care. **British Dental Journal**, v. 225, p. 833-840, 2018. DOI: 10.1038/sj.bdj.2018.931. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2018.931>. Acesso em: 30 ago. 2021.

LÓPEZ-LÓPEZ, J.; OMAÑA-CEPEDA, C.; JANÉ-SALAS, E. Precâncer y cáncer bucal. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 145, n. 9, p. 404-408, 2015. DOI: 10.1016/j.medcli.2014.11.014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/271539110_Precancer_y_cancer_bucal. Acesso em: 29 ago. 2021.

MARET, D. *et al.* Dental screening of medical patients for oral infections and inflammation: consideration of risk and benefit. **Microbes Infect.**, v. 19, n. 2, p. 84-90, 2017. DOI: 10.1016/j.micinf.2016.10.002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1286457916301617>. Acesso em: 28 ago. 2021.

PILBOROUGH, A. *et al.* Extranodal extension in oral cancer: a role for the nodal microenvironment? **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 48, n. 10, p. 863-870, 2019. DOI: 10.1111/jop.12870. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31087397/>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SANT ANNA, J. G. **Distribuição espacial da mortalidade por câncer de cabeça e pescoço no estado do Espírito Santo e indicadores de prognóstico**. 2020. 73 f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia). Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia. Universidade do Espírito Santo, Vitória, 2020.

SPEIGHT, P. M.; FARTHING, P. M. The pathology of oral cancer. **British dental journal**, v. 225, n. 9, p. 841-847, 2018. DOI: 10.1038/sj.bdj.2018.926. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30412536/>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SYLVIE-LOUISE AVON, D. M.; KLIEB, H. Oral soft-tissue biopsy: an overview. **J Can Dent Assoc.**,

Ottawa, p. 1-9, 2012.

VON ZEIDLER, S. V. *et al.* Relação entre condição bucal precária e carcinoma de células escamosas oral e orofaríngeo. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 77-82, 2013.

WARNAKULASURIYA, S. Oral potentially malignant disorders: A comprehensive review on clinical aspects and management. **Oral Oncol.** v. 102, p. 104550, 2020. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2019.104550. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31981993/>. Acesso em: 29 ago. 2021.

WONG, T.; WIESENFELD, D. Oral Cancer. **Australian Dental Journal**, v. 63 Suppl 1, p. S91–S99, 2018. DOI: 10.1111/adj.12594. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29574808/>. Acesso em: 28 ago. 2021.

ANEXOS

Figura 1. Distribuição geográfica da cobertura de saúde bucal na Atenção Básica e das taxas de mortalidade por câncer de boca no Espírito Santo. A) Cobertura de saúde bucal na Atenção Básica calculada pelos dados obtidos do e-SUS Atenção Primária (as cores claras indicam menor percentual de cobertura de saúde bucal na Atenção Básica nos municípios do estado no ano de 2018, enquanto as cores escuras representam um maior percentual de cobertura). B) Taxa de mortalidade ajustada por 100 mil habitantes, calculada por municípios do Espírito Santo no período de 2013-2017 (as cores claras representam as menores taxas de mortalidade, enquanto as cores mais escuras indicam as maiores taxas de mortalidade).

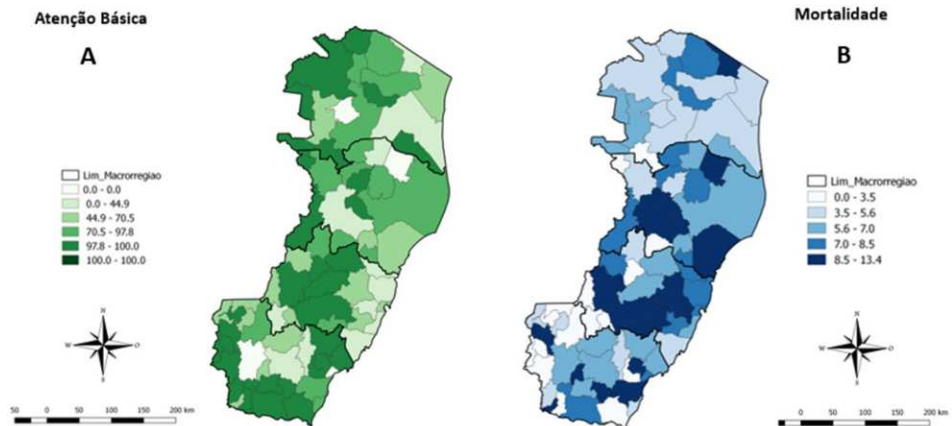


Figura 2. Estadiamento clínico do câncer de boca nas regiões de saúde do Espírito Santo e seu impacto na sobrevida global. A) Distribuição dos casos diagnosticados com câncer de boca no Hospital Santa Rita de Cássia – AFECC, de acordo com o estadiamento clínico e macrorregiões de saúde. B) Curva de sobrevida global de acordo com o estadiamento clínico inicial (I e II) e avançado (III e IV) no momento do diagnóstico, onde nota-se pior sobrevida global em 60 meses nos casos diagnosticados tardiamente.

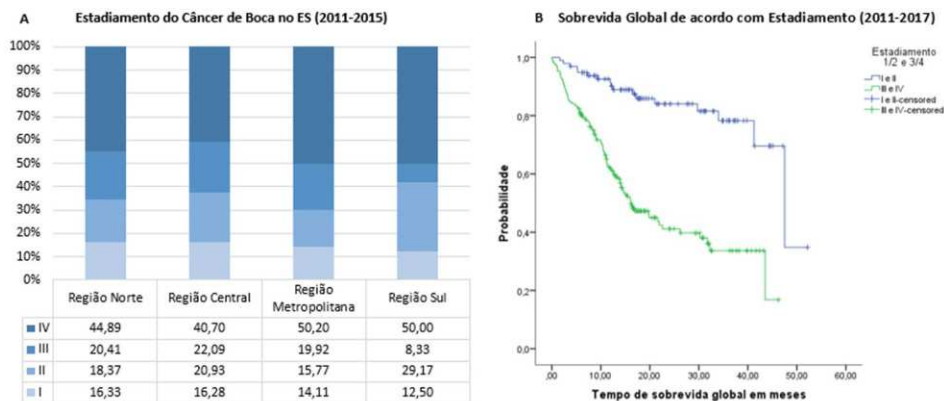


Figura 3. Desordens orais com potencial de transformação maligna. (A) Leucoplasia oral em borda lateral de língua. (B) Eritroleucoplasia em assoalho bucal. (C) Líquen plano erosivo em mucosa jugal direita. (D) Queilite actínica em lábio inferior.

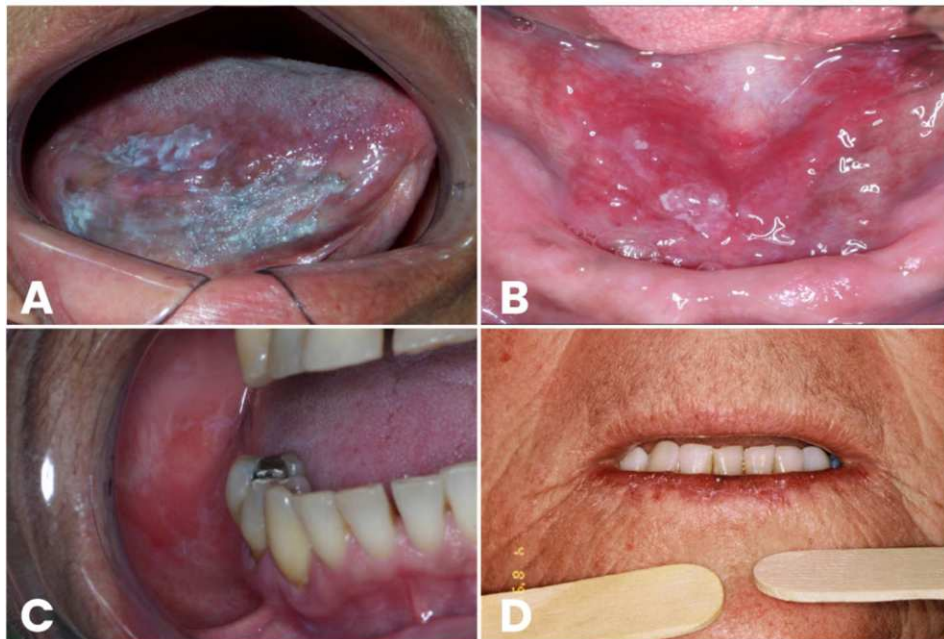


Figura 4. Aspecto clínico do câncer de boca em estágios iniciais. (A) Lesão ulcerativa com fundo eritroplásico em borda lateral de língua. (B) Lesão úlcero-vegetante em vermelhão de lábio inferior. (C) Lesão ulcerada com limites mal definidos em palato duro; (D) Lesão infiltrante em assoalho bucal.

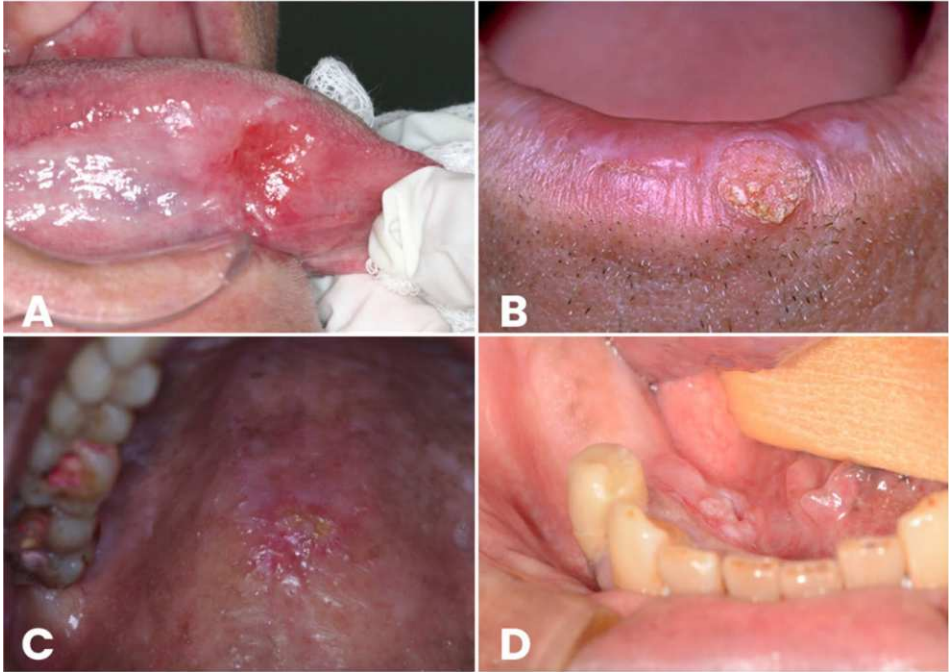
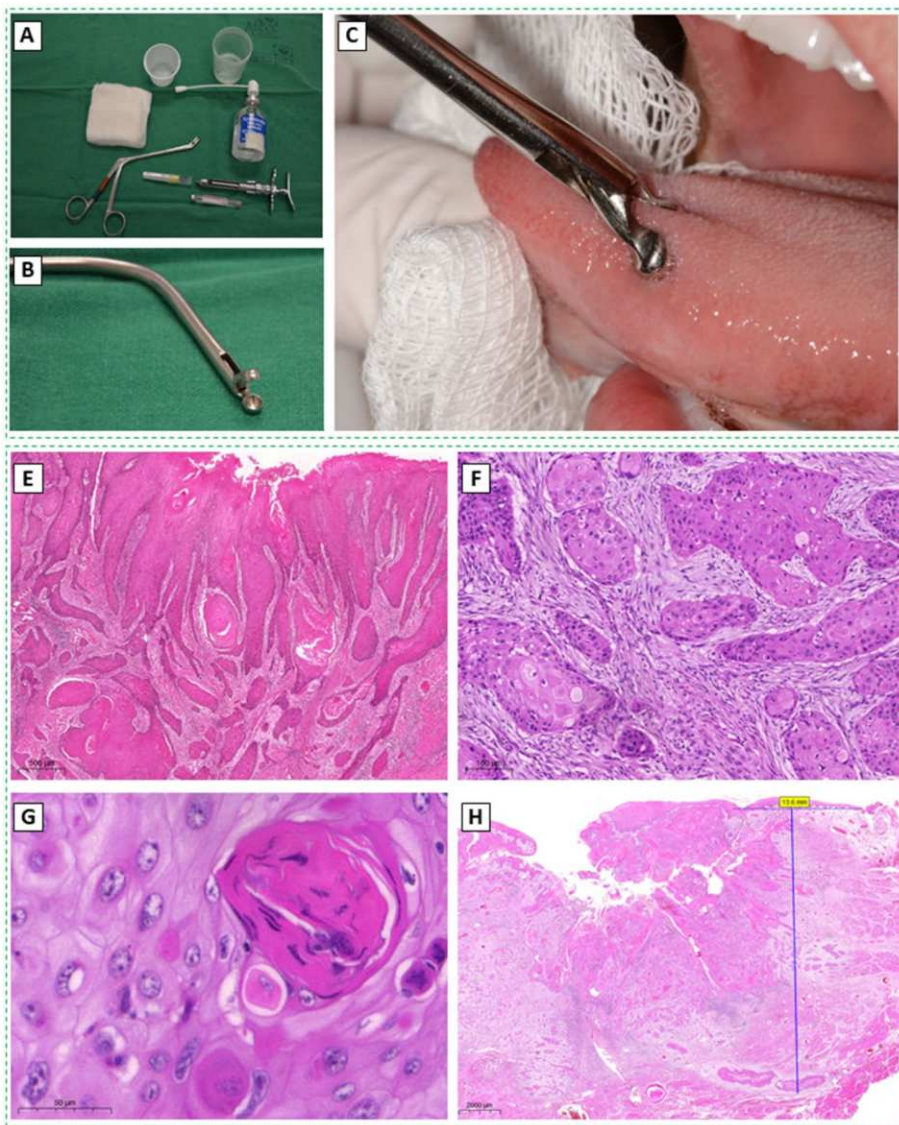


Figura 5. Diagnóstico do câncer bucal. (A) Materiais básicos utilizados para realizar a biópsia incisional, destacando-se a pinça saca-bocado em B. (C) Simulação de biópsia incisional em borda de língua utilizando pinça saca-bocado. (D) Esquema simplificado do processamento do material coletado na biópsia, destacando-se a fixação em formol tamponado a 10%, seguida da inclusão do tecido em parafina, confecção da lâmina para posterior análise em microscópio óptico. (E) Fotomicrografia do carcinoma epidermoide oral corado pela técnica de Hematoxilina e Eosina, na qual se observam cordões de células tumorais invadindo o tecido conjuntivo adjacente. (F) Ilhas de células epiteliais malignas. (G) Fotomicrografia destacando as células epiteliais com disqueratose, núcleos hiper cromáticos e figuras de mitose. (H) Fotomicrografia representativa da profundidade de invasão tumoral.



ÍNDICE REMISSIVO

A

- Acolhimento 9, 32, 35, 39, 45, 80, 81, 90, 91, 92, 93, 96, 100, 104, 105, 106, 108, 110, 117, 118, 128, 129, 147, 161, 168, 178
- Atenção à saúde do adolescente 139
- Atenção Primária à Saúde 9, 16, 29, 30, 138, 139, 157, 261

C

- Cartilha educativa 183, 184, 185, 186, 191, 193, 203
- Clínica ampliada 7, 32, 33, 39, 41, 43, 46, 47
- Cuidado Domiciliar 9
- Cuidado paliativo 152, 155, 156, 162

E

- Educação em saúde 15, 25, 42, 123, 132, 147, 161, 179, 205
- Equipe multiprofissional 7, 9, 151, 152, 159, 160, 161, 162, 165, 166, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 178, 233
- Escuta qualificada 9, 32, 33, 35, 42, 43, 127, 140, 141

I

- Integralidade 7, 15, 19, 27, 37, 40, 43, 116, 139, 140, 141, 147, 156, 169
- Interdisciplinaridade 33, 61
- Intersetorialidade 7, 8, 9, 33, 61, 62, 77, 105, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 147, 149

M

- Musicoterapia 140, 150

O

- Ouvidoria de Saúde 8, 33

P

- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde 156, 163
- Política Nacional de Humanização 33, 37, 38, 47, 48, 138, 140, 150
- Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde 37
- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Práticas Integrativas e Complementares da Saúde 140

Prevenção ao suicídio 90, 96, 128

Programa de Reabilitação Cognitiva 225, 226

Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias 181

Promoção da Saúde 8, 15, 16, 17, 20, 27, 28, 29, 48, 51, 66, 113, 116, 118, 120

Q

Qualidade de vida 9, 10, 14, 15, 16, 21, 22, 27, 28, 44, 49, 71, 151, 156, 162, 165, 175, 183, 191, 205, 213, 216, 221, 224, 225, 228, 233, 245, 246

R

Rede de Atenção Psicossocial 89

Redes de Atenção e Vigilância à Saúde 15

S

Saúde socioemocional 104

Sistema Único de Saúde 5, 10, 15, 18, 29, 32, 46, 49, 65, 74, 89, 102, 119, 138, 150, 153, 163, 191, 233

Suicídio 9, 40, 51, 54, 86, 87, 90, 96, 111, 112, 115, 121, 122, 124, 126, 127, 128, 136

T

Terapia Ocupacional 10, 206, 207, 213, 214, 215, 216, 222

V

Vigilância em Saúde 23, 30, 49, 56, 66, 83, 101, 118

Violência 8, 9, 27, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 98, 100, 101, 102, 109, 111, 112, 114, 116, 118, 119, 122, 147, 179

Violência autoprovocada 9, 64, 86, 87, 88, 90, 92, 109

Violência sexual 9, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 65, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84

SOBRE OS AUTORES

Alexsandra Martins Entringer

Bacharela em Serviço Social, pós-graduada em Administração e Planejamento de Projetos Sociais, SESA. E-mail: alexa.entringer@yahoo.com.br

Aline Caus Zuqui

Terapeuta Ocupacional. Mestranda em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade. Terapeuta Ocupacional do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo, Vila Velha, ES, Brasil. ORCID: 0000-0003-2668-2452. E-mail: alinezuqui@gmail.com

Amanda Ferreira Menezes

Graduanda em Odontologia. UFES. E-mail: amandaf.menezes@hotmail.com

Ana Cláudia Martins Araújo

Cirurgiã Dentista, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: anaclaudiamartins471@yahoo.com.br

Ana Cristina Borges de Aguiar

Fisioterapeuta, Mestre em Fisiologia Humana Preceptora em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: ana_cristinaac@hotmail.com

Andressa Bolsoni Lopes

Enfermeira, Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: andressalopes1@yahoo.com.br

Auriceia Geralda da Silva Costa

Psicóloga, Pós-graduada em clínica e Saúde. Vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, na secretaria Estadual de Saúde do ES. E-mail: auriceia7@hotmail.com

Bianca Beraldi Xavier

Assistente social. MSc. Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Bucal, Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Santa Rita de Cássia; SESA, Vitória, ES. E-mail: biancaberaldi@santarita.org.br

Bruna Castelari Bissoli

Graduanda em Odontologia. UFES. E-mail: bruna-bissoli@hotmail.com

Brunela da Vitória Dé Nardi

Assistente Social graduada pela Universidade federal do Espírito Santo (UFES) e pós-graduanda, Residente do primeiro ano em Saúde da Família pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) lotada na Unidade Básica de Saúde da Barra do Riacho (Aracruz-ES). E-mail: brunelladavitoriadenedardi@gmail.com

Camila Batista Daniel

Biomédica, MSc. Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, UFES. E-mail: batistad.camila@gmail.com

Carla Renata da Silva Pacheco

Enfermeira, Mestre, Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo, Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: carla-uff@hotmail.com

Carolina Perez Campagnol

Fisioterapeuta, Mestre em Políticas Públicas de Saúde e Desenvolvimento Local, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS. E-mail: carolinacampagnoli@saude.es.gov.br

Chiara Musso Ribeiro de Oliveira Souza

Médica ginecologista e obstetra, mestre em doenças infecciosas, professora do departamento de ginecologia e obstetrícia do Centro de Ciências da Saúde, UFES. E-mail: cmrosouza@gmail.com

Crystian Moraes Silva Gomes

Terapeuta Ocupacional, Doutorando e Mestre em Psicologia. Terapeuta Ocupacional do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo, Vila Velha, ES, Brasil. ORCID: 0000-0003-0675-0868. E-mail: crystian_salazar@hotmail.com

Débora Torres Mezadri

Enfermeira, Especialista, Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo, deboramezadri@hotmail.com

Deyverton dos Santos Mendes

Graduando em Odontologia. UFES. E-mail: deyvertonmendes@gmail.com

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino.

Pedagoga, Especialista em violência contra crianças e adolescentes. Fiocruz cedida a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo/ICEPI. E-mail: edleusagfcupertino@gmail.com

Eliana Bravim

Pedagoga, Mestre em Educação, Especialista em Direito Educacional e Especialista em Gestão Escolar. Pedagoga SEDU. Relato de Experiência desenvolvida no CEEFMTI José Leão Nunes. E-mail: elianabravim.ce@gmail.com

Érika Saiter Garrocho

Fonoaudióloga, Especialista em Saúde Coletiva, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS. E-mail: erikagarrocho@saude.es.gov.br

Gabriela Castro Silva

Psicóloga graduada pela Universidade de Vila Velha (UVV), pós-graduanda, Residente do Segundo ano em Saúde da Família pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) lotada na Unidade Básica de Saúde da Barra do Riacho (Aracruz-ES). E-mail: gabrielacasi@gmail.com

Gabriela Moreira Conte

Assistente Social, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: gabrielamconte@live.com

Gabriela Tonini Peterle

Bióloga, PhD. Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, UFES. E-mail: gabitoninipeterle@gmail.com

Helenita Almeida Mameri

Cirurgiã-dentista, MSc. Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Bucal, Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Santa Rita de Cássia; SESA, Vitória, ES. E-mail: ha.mameri@gmail.com

Italo dos Santos Rocha

Professor de Educação Física, Mestre em Educação, Consultor Técnico ICEPi/SESA. E-mail: italorocha@saude.es.gov.br

Isabella Bittencourt do Valle

Cirurgiã-dentista. MSc. Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: isabellabdv@hotmail.com

Izabella Cardoso Lara

Acadêmica de Medicina, UFES. E-mail: izacarlara97@gmail.com

Izabella Verduc dos Santos Mendes

Fisioterapeuta, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: izbellaverduc@gmail.com

Jacqueline Alves Caetano Medeiros

Enfermeira, pós-graduada em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Pitágoras de Minas gerais, pós-graduanda em Saúde da Família pela Faculdade Única, servidora do município de Aracruz, lotada na Unidade Básica de Saúde da Barra do Riacho e Preceptora do Programa de Residência em Saúde da Família do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). E-mail: jcaetano@aracruz.es.gov.br

Jacob Henrique da Silva Klippe

Acadêmico de Medicina, UFES. E-mail: jacobklippel@gmail.com

Jéssica Graça Sant'Anna

Bióloga, MSc. Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, UFES. E-mail: jessica.gs2@hotmail.com

Jonaina Fiorim Pereira de Oliveira

Fisioterapeuta. Doutora e Mestre em Ciências Fisiológicas. Fisioterapeuta do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo, Vila Velha, ES, Brasil. ORCID: 0000-0002-6127-4596. E-mail: nanafiorim@hotmail.com

José Roberto Vasconcelos de Podesta

Cirurgião de cabeça e pescoço. Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Bucal, Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Santa Rita de Cássia; SESA, Vitória, ES. E-mail: podestajr@gmail.com

Karolina Torneire Zago Pego

Farmacêutica, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: karolzago@yahoo.com.br

Kellen Valladão Schiavo

Terapeuta Ocupacional, Mestranda em Psicologia. Terapeuta Ocupacional do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo, Vila Velha, ES, Brasil. ORCID: 0000-0002-9608-3001. E-mail: kellenvalladaos@gmail.com

Lilian Hoffmann

Psicóloga, Mestre no Ensino de Humanidades pelo Instituto Federal do Espírito Santo. Especialista em saúde pública com ênfase em saúde da família. Especialista em dependência química. Pós-graduada em saúde mental. Pesquisadora do GEPESE/IFES. Vinculada a Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá/ES. E-mail: lilianhfpsicologia05@gmail.com / lilianhfpsicologia@yahoo.com.br

Lorena Canal Machado Ost

Psicóloga, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: anerolcanal@gmail.com

Maria Fernanda Moratori Alves

Nutricionista, Mestre em Políticas públicas de Saúde, Chefe de Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS e-mail: mariamoratori@saude.es.gov.br

Marina Lima Daleprane Bernardi

Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS. E-mail: marinabernardi@saude.es.gov.br

Paola Fernandes Pansini

Bióloga. MSc. Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, UFES. E-mail: paolafpansini@gmail.com

Priscila Marinho de Abreu

Farmacêutica, PhD. Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, UFES. E-mail: priscilamarinho84@gmail.com

Raiany Boldrini Jalles

Nutricionista, Especialista em Saúde Pública, Área Técnica Núcleo Especial de Atenção Primária (NEAPRI) – GEPORAS - SSAS. E-mail: raianyjalles@saude.es.gov.br

Raphaela Karina Ribeiro de Carvalho

Enfermeira, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: raphaelakarina@hotmail.com

Regina Furbino Villefort Rocha

Cirurgiã-dentista, PhD. Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: reginavillefort@gmail.com

Romildo Luiz Monteiro Andrade

Médico Sanitarista, doutor em epidemiologia, Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo/ICEPI. E-mail: romildoandrade@saude.es.gov.br

Sandra de Vasconcelos Schmidt

Cirurgiã-dentista. Especialista em Atenção Primária à Saúde. HEMOES - SESA, Vitória, ES. E-mail: sandraschmidtes@gmail.com

Sandra Ventorin von Zeidler

Cirurgiã-dentista, PhD. Programa de pós-graduação em Biotecnologia, UFES. E-mail: sandra.zeidler@ufes.br

Shayla Raizem Spalenz

Fonoaudióloga, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: shaylaspalenza@hotmail.com

Solange Amigo Guimarães

Cirurgiã-dentista. Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Bucal, Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital Santa Rita de Cássia; SESA, Vitória, ES. E-mail: solangeamigoguimaraes@gmail.com

Suzana Alves Patrício

Graduanda em Odontologia. UFES. E-mail: suzanaapatricio@hotmail.com

Tamiris Rose Sousa Viana

Enfermeira, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: tamirisrose@hotmail.com

Thabata Coeli Dias Damasceno

Bióloga, MSc. Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, UFES. E-mail: thabata.damasceno@gmail.com

Thayná Ariane Venturine de Oliveira

Nutricionista, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: thaynaariane@hotmail.com

Veronice Silveira Porto Oliveira

Assistente Social, Residente em Cuidados Paliativos, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, ICEPi/SESA. E-mail: veronice.s.p@hotmail.com

Walckiria Garcia Romero Sipolatti

Enfermeira, Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: walckiriagr@uol.com.br

Willene dos Santos Machado Zorzaneli

Fonoaudióloga, MSc. Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Hospital Silvio Avidos - SESA/ES. E-mail: willenemachado@hotmail.com

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-029-1



9 786554 162029 1