

CUIDADO, ATENÇÃO E DIREITOS

VOLUME 2

Contribuições do Ensino
Lato Sensu da Escola
Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca para o
Sistema Único de Saúde

Série Interloquções Práticas, Experiências
e Pesquisas em Saúde



ENSP



FIOCRUZ



editora

redeunida

Gideon Borges dos Santos
ORGANIZADOR



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



ORGANIZADOR
Gideon Borges dos Santos

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

**CUIDADO,
ATENÇÃO
E DIREITOS** | **VOLUME 2**
Contribuições do Ensino
Lato Sensu da Escola
Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca para o
Sistema Único de Saúde

1ª Edição
Porto Alegre
2024



Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Ángel Martínez-Hernández (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);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
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);
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);
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);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Imagem Capa
Lúcia Pantojo

Revisão
Tiago Estrela

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

Comissão Científica

Adelyne Maria Mendes Pereira
Adriana de Holanda
Ana Laura Brandão
Célia Regina de Andrade
Denise Cavalcante de Barros
Gideon Borges dos Santos
Giselle Goulart de Oliveira Matos
Jose Wellington Gomes Araújo
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Marcia Teixeira
Mirna Barros Teixeira
Roberta Gondim de Oliveira
Valeria Teresa Saraiva Lino

Comissão Organizadora

Adelyne Maria Mendes Pereira
Adriana de Holanda
Ana Laura Brandão
Célia Regina de Andrade
Denise Cavalcante de Barros
Gideon Borges dos Santos
Giselle Goulart de Oliveira Matos
José Wellington gomes Araújo
Karen Cordovil
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Marcia Teixeira
Marilúcia Oliveira da Silva
Mirna Barros Teixeira
Roberta Gondim de Oliveira
Valeria Teresa Saraiva Lino
Vilma Valeria Fonseca Brito

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

V795

Cuidado, atenção e direitos: contribuições do ensino *Lato Sensu* da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para o Sistema Único de Saúde - volume 2/
Organizador: Gideon Borges dos Santos. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS:
Editora Rede Unida, 2024.

299 p. (Série Interlocações Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 48).
E-book: 4.20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-116-8

DOI: 10.18310/9786554621168

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Continuada. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.
II. Assunto.

NLM WA 18
CDU 37.035

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



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 9

Capítulo 1 | O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: TRAJETÓRIA DE EXPANSÃO E ATUAIS AMEAÇAS NOS CONTEXTOS REGIONAIS E MUNICIPAIS 11

Alexandra da Silva Gomes, Adelyne Maria Mendes Pereira, André Schimidt da Silva

Capítulo 2 | PLANO DE AVALIAÇÃO DE UMA FERRAMENTA GERENCIAL APLICADA AO MONITORAMENTO DO CENSO HOSPITALAR 27

Ana Carolina Ribeiro da Silva Poluceno, Carla Moura Cazelli, Dolores Maria Franco de Abreu

Capítulo 3 | ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE DO ESTADO DO ACRE NO PERÍODO DE 2018 E 2019 48

Belkis Caridad Bacas Hernández, Maria das Mercês Navarro Vasconcellos, Marli Marques

Capítulo 4 | MODELO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS UTILIZANDO A ESTRATÉGIA MULTIMODAL 65

Bernarda Roberta de Oliveira Santos, Laudicéia Marques de Santana Lima, Marcelle de Barros e Silva Torres, Thaís Moreira Estevão, Vilma Costa de Macêdo

Capítulo 5 | ÓBITOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DESIGUALDADE DE GÊNERO NO MUNICÍPIO DE MACAÉ, RIO DE JANEIRO..... 77

Camila dos Santos Moreira de Souza, Élide Azevedo Hennington

Capítulo 6 | QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANGUÇU/RS POR MEIO DA IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA..... 91

Cristiano Manetti da Cruz, Maria Luíza Silva Cunha

Capítulo 7 | JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO CÂNCER DE MAMA NO CEARÁ: CAMINHOS E CONTRADIÇÕES PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE..... 106

Diego Mendonça Viana, Danielle Moreira de Castro Lima

Capítulo 8 | SOFRIMENTO, ADOECIMENTO E LUTAS DAS TRABALHADORAS DOMÉSTICAS IMPACTADAS PELO RACISMO: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA MARXISTA E INTERSECCIONALIDADE 124

Eliane de Sousa Silva, Jaqueline Gomes de Jesus

Capítulo 9 | O USO DE MÁSCARAS FACIAIS NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS NO AMBIENTE DOMICILIAR: UMA REVISÃO RÁPIDA 144

Francisca Maria da Silva, Israel Lucas Fernandes de Paula e Silva, Inara Pereira da Cunha, Ricardo da Cunha Araújo

Capítulo 10 | ESTIGMA E INVISIBILIDADE: CONHECER PARA SUPERAR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS (BA) 162

Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena, Máira Guazzi

Capítulo 11 | OLHARES, SABERES E QUERERES: EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO COLETIVA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) DO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ (RJ) 175

Leila Claudia Monteiro de Castro dos Santos Braga, Maura Vanessa da Silva Sobreira

Capítulo 12 | ANTIRRACISMO E DIREITO À SAÚDE PARA POPULAÇÃO NEGRA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN) 190

Maria das Graças Carvalho da Silva, Joice Aragão de Jesus, Lucia Regina Florentino Souto

Capítulo 13 | MULHERES EVANGÉLICAS E ABORTAMENTO: O ACOLHIMENTO COMO FORMA DE CUIDADO 206

Mônica de Castro Dantas Louza

Capítulo 14 | PLANO DE RETOMADA DAS ATIVIDADES DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS DE IPORÁ (GO).....222

Públio Ribeiro Bianchini, Maria Rita de Cássia Macêdo

Capítulo 15 | APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA REMOVÍVEL EM IDOSOS NA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA.....238

Renata Maria Pessôa de Magalhães Pereira Fuchs, Gisele Pinto de Oliveira

Capítulo 16 | UM OLHAR DIFERENCIADO AO ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS MENORES DE 01 ANO DA EQUIPE 004 DA UBS MÃE LAURINDA NO MUNICÍPIO DE MANICORÉ.....251

Zuleika Karoline dos Reis Mota, Patrícia dos Santos da Costa, Josely Maria Brandão Colares, Maria Adriana Moreira, Helinaldo Corrêa da Conceição

Capítulo 17 | O DEBATE RACIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO AO RACISMO: UMA ANÁLISE SOBRE A OFERTA CURRICULAR DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO RIO DE JANEIRO.....266

Marcia Mirandela Teixeira, Roberta Gondim de Oliveira

SOBRE OS ORGANIZADORES | AUTORES.....285

APRESENTAÇÃO

A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) há mais de sessenta anos tem como missão formar profissionais para o sistema nacional de saúde. Ao longo de todo esse tempo, foram oferecidos diversos cursos de especialização e residências sobre vários temas de interesse para a Saúde Coletiva. Os cursos de especialização mais tradicionais são das mais diferentes áreas da Saúde Pública como por exemplo a Vigilância, a Atenção, e a Gestão em Saúde. Os especialistas formados estão inseridos em diferentes segmentos do diferentes segmentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, seguramente, em todos os estados brasileiros. Os alunos durante seus cursos recebem orientação de docente com expertise no tema de interesse para apresentar seus trabalhos de conclusão a uma banca qualificada para avaliação.

Ao longo dos anos, temos identificado trabalhos muito interessantes. A produção no âmbito do *Lato Sensu* tem se caracterizado por uma feliz integração entre o conhecimento acadêmico e a experiência de diferentes atores da prática, trazendo possibilidades de novas formas de análise e de enfrentamento de problemas do cotidiano.

Apesar dessa potencialidade identificada, a produção acadêmica relacionada aos cursos, embora traga imensa riqueza de temas contemporâneos, com abordagens e linguagens inovadoras, não se adequa às exigências editoriais da maior parte das revistas da área. Essa dificuldade em dar publicidade a esses trabalhos de forma mais organizada dificulta o acesso, reduz os debates e as reflexões acerca de questões relevantes e desestimula alunos e orientadores.

Ao propor a publicação de uma série de livros, compostos por uma coletânea de textos escritos por diferentes colaboradores, resultados de trabalhos de conclusão dos cursos de *Lato Sensu* e da ENSP, esperamos abrir um espaço que ajude a ampliar os debates e ainda que contribua com a valorização do ensino *Lato Sensu* não apenas na ENSP, mas nas diferentes instituições que se dedicam a tal tarefa.

Para organizar os três volumes que compõem essa série, os manuscritos enviados após chamada aberta foram analisados por docentes da ENSP, observando aspectos relacionados ao caráter inovador do manuscrito, a reprodutibilidade do estudo em contextos similares, clareza e objetividade na escrita, alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS e, principalmente, se os resultados são relevantes e podem contribuir para o aprimoramento dos serviços de saúde. Ao final do processo foram selecionados 56 textos que agora são apresentados em 3 volumes. Os livros estão compostos por grupos de temas que são abordados através de prismas distintos, são análises, reflexões e experiências trazidas por nossos alunos e seus orientadores.

No primeiro volume estão agrupados 19 textos que tratam de vários aspectos relativos à saúde mental, à saúde do trabalhador e às violências, por vezes abordando de forma articulada esses três temas. São textos que trazem o olhar sobre: a saúde nas prisões; a participação da sociedade e das equipes de atenção na organização dos serviços; e sobre a violência de gênero e que faz sofrer adolescentes. São trabalhos que miram a realidade vivida e produzida cotidianamente, mas que trazem perspectivas de mudança e de superação.

O segundo volume agrega 17 trabalhos que versam sobre a organização dos serviços de saúde, o uso de ferramentas para o planejamento e para a gestão, sobre questões que afetam grupos específicos e apresentam o debate sobre questões raciais que emergem no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Por fim, no terceiro volume estão reunidos 20 trabalhos que tratam do amplo universo das atividades, tecnologias e estratégias voltadas para formação e qualificação dos trabalhadores da área da saúde, de modo a apoiar sua atuação cotidiana e para fortalecer vínculos no âmbito da atenção à saúde.

Acreditamos que a partir da maior visibilidade desses trabalhos será possível estimular os debates, qualificar e inovar no ensino *Lato Sensu* e sua produção. Esperamos também que inspirem e contribuam para o fortalecimento e aprimoramento do sistema nacional de saúde em seus diferentes segmentos e áreas de atuação, trazendo abordagens inovadoras e efetivas.

Os organizadores

Capítulo

1

O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: TRAJETÓRIA DE EXPANSÃO E ATUAIS AMEAÇAS NOS CONTEXTOS REGIONAIS E MUNICIPAIS

Alexandra da Silva Gomes*
Adelyne Maria Mendes Pereira**
André Schimidt da Silva***

Introdução

A ideia da centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) na melhoria das condições de saúde da população foi concebida desde o século passado e se mantém até os dias atuais. A Conferência Internacional de Alma-Ata¹ e a 8ª Conferência Nacional de Saúde² são marcos históricos no setor da saúde e contribuíram para o fortalecimento do papel da APS no modelo de atenção adotado em sistemas universais de saúde.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram implementados por meio da Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008³, como parte desse movimento de indução federal (por meio de recursos financeiros) para diversificar a oferta de serviços da APS e ampliar sua resolutividade. Compostos por diferentes categorias profissionais (nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, entre outros), cabia aos NASF atuar no suporte clínico, sanitário e pedagógico de maneira

* Especialista em Saúde da Família e Gestão da Atenção Primária à Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ) Brasil. alexandradsgomes@gmail.com

** Doutora em Saúde Pública, com pós-doutorado em Saúde Global (Universitat de les Illes Balears). Espanha. adelynemendes@gmail.com

*** Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. andre.silva@saude.rj.gov.br

integrada aos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) no cuidado.

A construção da Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial da APS tem uma trajetória marcada por diversos atravessamentos políticos, sociais e econômicos, que acompanham as tendências de planejamento e execução das políticas públicas no Brasil e, conseqüentemente, resultam em avanços e retrocessos de acordo com a dinâmica que se estabelece entre o Estado e a sociedade⁴. Este estudo aborda como o NASF se insere nesse cenário, debruçando-se sobre sua implantação no estado do Rio de Janeiro. Para tanto, objetiva-se compreender a sua expansão a partir do histórico de cadastramento das equipes, analisando a capacidade de cobertura das mesmas nos contextos municipais, bem como, o impacto das recentes mudanças da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para o NASF.

Objetivos

- Analisar mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e no âmbito do estado do Rio de Janeiro que possam ter repercussões sobre a implementação e funcionamento do NASF.
- Desenvolver um indicador de cobertura para o NASF e analisar seu resultado em cada município do estado do Rio de Janeiro.

Metodologia

O estudo apoiou-se no referencial teórico do institucionalismo histórico, uma abordagem frequentemente destacada na área de análise de políticas públicas por favorecer a compreensão de mudanças, continuidades e condicionantes da trajetória da política de saúde. Foi realizado um estudo de caso⁵ e o levantamento de dados secundários teve como fontes principais o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES/MS), a partir da ferramenta de tabulação de dados TABNET/DATASUS, e o E-Gestor AB, entre 2008 e 2019.

Para a construção do Indicador de Cobertura NASF no estado do Rio de Janeiro, nas regiões de saúde e nos municípios, o primeiro passo foi calcular o número de equipes potencialmente, a partir da seguinte fórmula:

Passo 1: $N.º \text{ de equipes potencialmente apoiadas por NASF} = (\text{Número de equipes NASF tipo I} \times 9) + (\text{Número de equipes NASF tipo II} \times 5)$

A partir do número de equipes potencialmente apoiadas por NASF estimamos a população coberta pelo NASF, com a fórmula:

Passo 2: $\text{Estimativa de população coberta pelo NASF} = N.º \text{ de equipes apoiadas por NASF} \times 34502$

Por fim, para o cálculo de cobertura NASF foi utilizada a seguinte memória de cálculo:

Passo 3: $\text{Porcentagem Estimada de Cobertura das Equipes NASF no ano de 2019} = \frac{\text{Estimativa de População Coberta Pelo NASF}}{\text{Total de População estimada em 2019}} \times 100$

Caracterização do caso de estudo

O estado do Rio de Janeiro está entre os estados mais populosos do Brasil. Possui 92 municípios organizados em oito regiões administrativas de planejamento e nove regiões de saúde. Apresenta uma grande variação socioeconômica, demográfica, cultural e de perfis de morbimortalidade. Desse modo, o estado se configura como um caso interessante de estudo, pois além de ser um importante estado da federação do ponto de vista político, econômico e demográfico, também se destaca por profundas desigualdades, com o aumento do desemprego, os elevados índices de violência, a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família e as dificuldades na garantia dos direitos sociais.

Resultados

Mudanças recentes no âmbito do NASF

A análise documental revelou que a principal alteração normativa no âmbito do NASF foi a revisão/reedição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2017 e a alteração no seu modelo de financiamento em 2019.

O Quadro 1 apresenta as principais alterações identificadas entre as portarias analisadas no que se refere ao NASF. A comparação se baseou nas seis categorias estudadas (nomenclatura, modalidade, responsabilidade, parâmetro, conexão e financiamento). No que diz respeito à “nomenclatura”, observou-se a substituição da palavra “apoio” por “ampliado”, adotando o nome e o conceito de Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Quanto à “modalidade”, ocorreram alterações significativas, que de alguma maneira operacionalizam o que está por trás da alteração no “nome”, trata-se de uma mudança de “concepção”.

Já na categoria “papel do NASF”, foi possível identificar uma mudança com a concessão de equipes NASF no apoio a equipes de Atenção Básica, o que indica que a mudança na concepção do papel do NASF está atrelada a uma mudança mais ampla que se refere a alterações no próprio papel da Atenção Básica e na perda do protagonismo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como reorientadora do modelo de atenção e da organização do sistema de saúde em uma perspectiva abrangente. As responsabilidades do NASF se alteram ao passo que as responsabilidades da ESF também são alteradas, em um contexto de influência da política nacional sobre os estados e municípios em função dos mecanismos de financiamento.

Com relação aos “parâmetros”, observou-se que os mesmos também foram lateralizados, assim como a categoria “articulação do NASF com outras áreas da AB”, já que as menções ao NASF e conexões com outras áreas de interesse da política de Atenção Básica também foram suprimidas. Enquanto a PNAB (2011) fazia uma vinculação direta do NASF junto ao

Programa Academia da Saúde, estabelecendo critérios de vinculação aos polos desse programa e parâmetros para sua atuação, a PNAB (2017) não faz nenhuma menção ao mesmo, por exemplo. Outras questões também lateralizadas no novo texto da PNAB (2017), que estavam presentes na edição de 2011, abordam aspectos inerentes à contratação e remuneração dos profissionais atuantes no NASF, bem como a disponibilização de espaço físico adequado nas UBS e garantia dos recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades.

Na categoria “financiamento”, observa-se a extinção de financiamento específico para as equipes NASF a partir do fim do Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável) no âmbito nacional. No nível estadual, destaca-se o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária (PREFAPS) do estado do Rio de Janeiro. Instituído em 2019, em um movimento com clara intenção de compensar as perdas financeiras em função das mudanças no financiamento federal, o PREFAPS inclui o financiamento das equipes do NASF, destinando financiamento específico às mesmas no estado do Rio de Janeiro.

Quadro 1. Alterações promovidas no marco normativo nacional da Atenção Básica no que diz respeito ao NASF entre os anos de 2011 e 2017, segundo categorias de análise

Categoria de análise	PNAB 2011 – Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011	PNAB 2017 – Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017a
Nomenclatura	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
Modalidade	<p>A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.</p> <p>A modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.</p> <p>A modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.</p>	Nenhuma menção à modalidade.
Papel do NASF	Atuar de forma integral e prestar apoio às equipes de ESF e equipes de populações específicas (população em situação de rua, população ribeirinha e população residente em áreas fluviais) a partir do matriciamento.	Atuar de forma integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica (EAB).

<p>Parâmetro</p>	<p>Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).</p> <p>Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).</p> <p>Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.</p>	<p>Nenhuma menção aos parâmetros.</p>
<p>Articulações do NASF com outras áreas da AB</p>	<p>NASF e Academia da Saúde A PNAB 2011 faz uma vinculação direta do NASF junto ao Programa Academia da Saúde, estabelecendo os seguintes parâmetros: cada NASF poderá ser vinculado a, no máximo, três polos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independentemente do tipo do NASF e da modalidade do polo implantado; para cada polo vinculado à equipe do NASF, deverá existir pelo menos um profissional de saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou dois profissionais de saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que será(ao) responsável(is) pelas atividades do Programa Academia da Saúde. Este(s) profissional(is) deve(m) ter formação compatível e exercer função relacionada às atividades da Academia da Saúde.</p> <p>Menção ao provimento dos profissionais do NASF e condições de trabalho, onde se lê na PNAB 2012: contratar e remunerar os profissionais dos NASF, em conformidade com a legislação vigente nos municípios e Distrito Federal; disponibilizar espaço físico adequado nas UBS e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que comporão os NASF.</p>	<p>Nenhuma menção à relação do NASF com a Academia da Saúde e nenhuma menção às condições de trabalho.</p>

Fonte: Ministério da Saúde – 2017.

Quadro 2. Alterações no financiamento do NASF entre 2011 e 2019 segundo normativas nacionais e do estado do Rio de Janeiro

Financiamento segundo nível de governo	Critérios de financiamento das equipes NASF	Portaria/Ano
Financiamento federal	<p>Financiamento específico para habilitação de novas equipes do NASF: Modalidade 1 - R\$20.000,00 (vinte mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 1; II – NASF. Modalidade 2 - R\$12.000,00 (doze mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 2; e III – NASF. Modalidade 3 - R\$8.000,00 (oito mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 3.</p> <p>Financiamento de custeio para cada equipe NASF a partir do Piso da Atenção Básica Variável: R\$5.000,00 (cinco mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 1 (NASF 1); R\$3.000,00 (três mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 2 (NASF 2); e R\$2.000,00 (dois mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 3 (NASF 3).</p>	<p>Portaria n.º 978, de 16 de maio de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)7</p> <p>Portaria n.º 548, de 4 de abril de 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)8</p>
Financiamento federal	<p>Nenhuma previsão orçamentária específica para o NASF a partir das mudanças previstas no Programa Previne Brasil.</p>	<p>Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)9</p>
Financiamento estadual	<p>Cofinanciamento estadual do NASF pelo Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde. Valores para sustentabilidade das equipes: R\$20.000 NASF I e R\$10.000 NASF II (por mês). Valores para expansão de novas equipes: R\$10.000, NASF I e R\$5.000, NASF II por equipe, teto de 8 equipes do NASF I e 2 equipes do NASF II por município (em parcela única).</p>	<p>Deliberação CIB-RJ n.º 6.232, de 13 de agosto de 2020 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2020)10</p>

Fonte: Elaborado pelos autores

A implementação do NASF no estado do Rio de Janeiro

Em 2011, 30 municípios possuíam 94 equipes do NASF cadastradas no CNES. Em 2013, esse número subiu para 34 municípios com 130 equipes.

Em 2016, eram 44 municípios com 167 equipes. Em 2019, eram 66 municípios com 216 equipes.

Não seria leviano afirmar que o NASF contou com uma adesão satisfatória, uma vez que o número de municípios adeptos a essa tipologia de equipe cresceu significativamente. Considerando que o estado possui 92 municípios, até o ano de 2019, a porcentagem de municípios com equipes NASF no Rio de Janeiro foi de 72%.

Tabela 1. NASF nas regiões de saúde e municípios do Estado do Rio de Janeiro: número de equipes, cobertura ESF e indicador de cobertura – 2019

REGIÃO DE SAÚDE / MUNICÍPIO	POP ESTIMADA	EQUIPES ESF	EQUIPES NASF 1	EQUIPES NASF 2	COBERTURA ESF (%)	COBERTURA NASF (%)
BAÍA DA ILHA GRANDE	291418	67	4	0	64,97	42,62
ANGRA DOS REIS	203785	45	2	0	56,81	30,47
MANGARATIBA	44468	12	1	0	86,86	69,83
PARATY	43165	10	1	0	80,93	71,93
BAIXADA LITORÂNEA	839958	130	9	0	54,03	31,71
ARARUAMA	132400	16	1	0	42,32	23,45
ARMAÇÃO DOS BÚZIOS	33870	8	1	0	83,03	81,49
ARRAIAL DO CABO	30349	8	0	0	91,71	0
CABO FRIO	226525	34	1	0	52,71	13,71
CASIMIRO DE ABREU	44184	12	1	0	95,62	70,27
IGUABA GRANDE	28310	9	1	0	100	100
RIO DAS OSTRAS	150674	16	2	0	37,81	36,64
SÃO PEDRO DA ALDEIA	104476	15	1	0	50,32	29,72
SAQUAREMA	89170	12	1	0	42,2	34,82
CENTRO SUL	340526	125	10	3	93,87	82,22

AREAL	12572	5	1	0	100	100
COMENDADOR LEVY GASPARIAN	8561	4	0	1	100	100
ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	14002	6	0	1	100	100
MENDES	18614	7	1	0	100	100
MIGUEL PEREIRA	25538	11	1	0	100	100
PARACAMBI	52257	9	0	1	59,92	33,01
PARAÍBA DO SUL	44285	21	2	0	100	100
PATY DO ALFERES	27769	13	1	0	100	100
SAPUCAIA	18228	7	1	0	100	100
TRÊS RIOS	81804	29	2	0	100	75,91
VASSOURAS	36896	13	1	0	100	84,16
MÉDIO PARAÍBA	913698	216	19	2	76,04	58,79
BARRA DO PIRAÍ	100374	7	1	0	24,16	24,06
BARRA MANSA	184412	40	4	0	75,01	67,35
ITATIAIA	31805	7	1	0	76,58	75,93
PINHEIRAL	25156	9	1	0	100	100
PIRAÍ	29277	14	2	0	100	100
PORTO REAL	19683	7	1	0	100	100
QUATIS	14302	5	0	1	100	100
RESENDE	131341	31	1	0	82,06	23,64
RIO CLARO	18529	9	1	0	100	100
RIO DAS FLORES	9284	4	0	1	100	100
VALENÇA	76523	19	2	0	81,54	81,15
VOLTA REDONDA	273012	64	5	0	81,18	56,87
METROPOLITANA I	10497016	1391	102	2	43,15	30,50
BELFORD ROXO	510906	42	3	0	29,17	18,23
DUQUE DE CAXIAS	919596	69	3	0	25,2	10,13
ITAGUAÍ	133019	12	0	0	21,92	0
JAPERI	104768	12	1	0	39,82	29,64

MAGÉ	245071	42	1	0	63,62	12,67
MESQUITA	176103	29	3	0	55,3	52,90
NILÓPOLIS	162485	29	3	0	61,66	57,33
NOVA IGUAÇU	821128	120	14	0	50,14	52,94
QUEIMADOS	150319	12	0	0	27,74	0
RIO DE JANEIRO	6718903	936	72	2	44,27	33,79
SÃO JOÃO DE MERITI	472406	66	1	0	48,25	6,57
SEROPÉDICA	82312	22	1	0	79,55	37,72
METROPOLITANA II	2116506	422	40	0	67,55	57,27
ITABORAÍ	240592	39	5	0	56,37	55,92
MARICÁ	161207	36	2	0	76,53	38,52
NITERÓI	513584	97	5	0	64,71	30,23
RIO BONITO	60201	21	1	0	100	51,58
SÃO GONÇALO	1084839	208	25	0	66,59	71,55
SILVA JARDIM	21774	11	1	0	100	100
TANGUÁ	34309	10	1	0	100	90,50
NOROESTE	348191	101	6	3	72,49	59,06
APERIBÉ	11759	4	0	0	100	0
BOM JESUS DO ITABAPOANA	37096	13	1	0	100	83,70
CAMBUCI	15505	2	0	0	66,79	0
CARDOSO MOREIRA	12823	5	0	0	100	0
ITALVA	15207	4	0	0	91,31	0
ITAOCARA	23234	7	0	1	89,04	74,24
ITAPERUNA	103224	19	2	0	63,87	60,16
LAJE DO MURIAÉ	7355	3	0	0	0	0
MIRACEMA	27174	8	1	0	88,8	100
NATIVIDADE	15317	7	0	0	100	0
PORCIÚNCULA	18847	8	1	0	100	100
SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA	42479	12	1	0	8,14	73,09
SÃO JOSÉ DE UBÁ	7171	4	0	1	100	100
VARRE-SAI	11000	5	0	1	100	100

NORTE	945425	96	5	0	34,01	15,75
CAMPOS DOS GOYTACAZES	507548	16	0	0	10,96	0
CARAPEBUS	16301	4	0	0	86,04	0
CONCEIÇÃO DE MACABU	23228	3	0	0	44,88	0
MACAÉ	256672	32	3	0	43,87	36,29
QUISSAMÃ	24700	9	1	0	100	100
SÃO FIDÉLIS	38669	13	0	0	100	0
SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	42205	9	0	0	73,58	0
SÃO JOÃO DA BARRA	36102	10	1	0	95,47	86,01
SERRANA	972205	161	5	1	52,53	17,06
BOM JARDIM	27446	7	0	0	88,56	0
CACHOEIRAS DE MACACU	58937	14	0	0	70,7	0
CANTAGALO	20172	8	0	0	100	0
CARMO	18895	6	0	0	100	0
CORDEIRO	21926	6	0	0	94,93	0
DUAS BARRAS	11492	2	0	0	30,12	0
GUAPIMIRIM	60517	8	0	0	46,3	0
MACUCO	5599	3	0	0	100	0
NOVA FRIBURGO	190631	20	1	0	36,3	16,29
PETRÓPOLIS	306191	45	2	0	49,66	20,28
SANTA MARIA MADALENA	10404	3	0	0	94,39	0
SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO	21795	7	0	0	100	0
SÃO SEBASTIÃO DO ALTO	9357	3	0	0	100	0
SUMIDOURO	15623	6	0	0	100	0
TERESÓPOLIS	182594	18	2	0	32,42	34,01
TRAJANO DE MORAES	10626	5	0	1	100	100
TOTAL ESTADO	34238468	5351	396	22	50,39	35,51

Fonte: Adaptado de TABNET/DATASUS, 2021.

No que diz respeito à cobertura do NASF, os achados apontam que a Região Centro-Sul é a região com a maior cobertura NASF no estado, com 82,22%. A região possui um elevado número de municípios com cobertura integral, e o município que apresenta o menor índice de cobertura NASF na região é Paracambi (33%).

A Região Noroeste segue a mesma tendência, sendo a segunda região com maior índice de cobertura NASF em 59,06%. Entretanto, nessa região a cobertura se dá de forma desigual, a partir de contratos entre diversos municípios com cobertura integral, alta/média cobertura e nenhuma cobertura (Tabela 1). A Região Médio Paraíba apresentou cobertura de 58,69%, similar a cobertura da região anterior, entretanto na Região Médio Paraíba observou-se maior homogeneidade em relação à cobertura nos municípios, apresentando menos disparidades, com exceção dos municípios de Barra do Piraí (24,06%) e Resende (23,64%) que obtiveram resultados abaixo da média regional.

Na Região Metropolitana II a cobertura foi de 57,27%, com destaque para os municípios de Maricá e Niterói, que ficaram relativamente abaixo dos demais, com coberturas de 38,52% e 30,23%, respectivamente. A Região Baía de Ilha Grande apresentou 42,62% de cobertura NASF, o município com cobertura inferior foi Angra dos Reis com 30,47%, sendo também o município mais populoso da região.

Na Baixada Litorânea a cobertura foi de 31,71%, também distribuída de forma irregular, haja vista que existe uma grande variação entre os municípios, a exemplo de Iguaba Grande com 100% de cobertura e Arraial do Cabo sem nenhuma equipe NASF. A Região Metropolitana I é a região com maior número de equipes atuantes, mas obteve 30,50% de cobertura, com um elevado número de municípios com cobertura baixa ou média, os municípios de melhor desempenho foram Nilópolis, Nova Iguaçu e Mesquita com 57,33%, 52,94% e 52,90%, respectivamente.

Por fim, a Região Serrana apresentou 17,06% de cobertura, significativamente inferior se comparada às demais regiões, com um elevado número de municípios com nenhuma cobertura e a Região Norte foi a

região com menor cobertura, apenas 15,75%, a menor cobertura do estado, com exceção de Quissamã com 100% e São João da Barra com 86,01%, os municípios apresentaram nenhuma ou pouca cobertura.

Conclusões e recomendações

A PNAB (2017), ainda que não altere a composição dos NASF, anuncia outra concepção do trabalho ao descaracterizar o formato anterior, a partir da vinculação às unidades básicas tradicionais. Ao relativizar o modelo de APS, a PNAB (2017) deixa de priorizar o modelo de ESF e apresenta um retrocesso ao compromisso anteriormente assumido com a expansão da Saúde da Família em substituição às unidades básicas convencionais, ainda que de forma sutil, com uso de frases que indiquem “recomendações”, “sugestões” e não mais uma clara indução da política¹¹.

A desvinculação de financiamento específico para as equipes NASF, também promovida pelo governo federal no âmbito do Programa Previnde Brasil, pode significar o agravamento de condições já conhecidas, como a ausência de infraestrutura adequada ou a oferta insuficiente de recursos materiais, prejudicando o trabalho das equipes e expondo profissionais, que por vezes precisam custear com o próprio salário os insumos escassos¹².

Muitas regiões ainda apresentam um índice de cobertura NASF insatisfatório, resultando em uma cobertura estadual de apenas 35,51%. Essa baixa cobertura estadual e a má distribuição da cobertura municipal apontam para a necessidade de revisar o processo de implementação do NASF.

Observou-se que as regiões e municípios com maior quantitativo de equipes não necessariamente são as que possuem melhor cobertura, a exemplo das Regiões Metropolitanas I e II. Existe uma dificuldade dos municípios com maior população em garantir uma cobertura satisfatória do NASF. Algumas regiões possuem sua cobertura reduzida em razão de municípios específicos, como as Regiões Noroeste e Baixada Litorânea, enquanto outras regiões apresentam baixo índice de cobertura em decorrência do elevado número de municípios com pouca ou nenhuma cobertura, como nas Regiões Serrana e Norte.

Ressalta-se que a desproporcionalidade entre equipes de ESF e equipes NASF é uma grande perda para a organização do cuidado. Esse trabalho evidencia que, além da baixa cobertura do NASF, os movimentos de desmonte da APS, investigados na análise documental, potencializaram a fragilização dessas equipes e representam uma clara ruptura com o compromisso de assegurar os serviços de saúde pública sob uma perspectiva multiprofissional e contra-hegemônica ao modelo biomédico, comprovadamente menos resolutivo e integral.

Como sugestão para enfrentamento desse cenário, em âmbito federal e estadual, é preciso garantir aos municípios apoio técnico e econômico, priorizando aqueles que apresentaram maiores dificuldades e/ou condições desfavoráveis (menor autonomia financeira, dificuldades estruturais, concentração populacional desproporcional, entre outros). Com isso, aponta para a revisão das medidas adotadas pelo governo federal, que fragilizam e expõem a ESF e o NASF e constroem as possibilidades de atuação dessas equipes em seus territórios de referência.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Atenção primária de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 8 jun. 2021.
2. Ministério da Saúde. Relatório Final 8º Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 13 dez. 2020.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Diário Oficial da União. 2008;24 jan. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 21 nov. 2020.
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
5. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
6. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 nov. 2020.
7. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 978, de 16 de maio de 2012. Diário Oficial da União.

- 2012;16 mai. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html. Acesso em: 26 out. 2020.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013. Diário Oficial da União. 2013;4 abr. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html. Acesso em: 19 mar. 2021.
 9. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Programa Previnde Brasil. Diário Oficial da União; 2019;12 nov. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 22 dez. 2020.
 10. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ n.º 6.232 de 13 de agosto de 2020. Rio de Janeiro: Secretaria do Estado do Rio de Janeiro; 2020;13 ago. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/682-2020/agosto/6896-deliberacao-cib-rj-n-6-232-de-13-de-agosto-de-2020.html>. Acesso em: nov. 2020.
 11. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde Debate. 2018;42(spe1):38-51.
 12. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? Physis. 2020;30(4):e300405.

Notas de Fim

- i. A PNAB recomenda que cada NASF I e NASF II apoie até no máximo nove e cinco equipes de ESF, respectivamente, por esse motivo esses foram os valores utilizados nos cálculos.
- ii. O parâmetro de 3.450 pessoas foi adotado por ser utilizado no âmbito da Pactuação Interfederativa, conforme método de cálculo definido para o período 2017–2021.

PLANO DE AVALIAÇÃO DE UMA FERRAMENTA GERENCIAL APLICADA AO MONITORAMENTO DO CENSO HOSPITALAR

Ana Carolina Ribeiro da Silva Poluceno*

Carla Moura Cazelli**

Dolores Maria Franco de Abreu***

Introdução ou caracterização da experiência/problema

O Censo Hospitalar Diário fornece o número de leitos ocupados e vagos em unidades de internação e serviços hospitalares. Por meio da contagem e registro a cada dia hospitalar, esse instrumento informa o número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas, evasões e desistência do tratamento em um hospital nas últimas 24 horas¹.

Desse modo, o Censo Hospitalar é visto como um importante recurso estratégico, pois seus dados subsidiam a construção de indicadores de desempenho que são monitorados e avaliados por meio de metas, muitas vezes, pactuadas em contratos de gestão com hospitais, para análise da gestão hospitalar e qualidade assistencial.

Do ponto de vista assistencial, as informações referentes à internação hospitalar refletem o perfil de atendimento e demanda necessária de cuidados multiprofissionais dos pacientes. Além disso, o uso ineficaz dos leitos em outros setores do hospital impacta significativamente nos serviços de emergência, demonstrando que a superlotação nem sempre é uma

* Especialista em Avaliação em Saúde (EAS), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. dif48anacarolina@gmail.com

** Mestre em Ciência da Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e docente de curso e professora assistente aposentada. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. carlacazelli@gmail.com

*** Doutora em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pesquisadora colaboradora do Laboratório de Diagnóstico, Ensino e Pesquisa (LA-DESP), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. doloresdabreu@gmail.com

consequência das eventuais rotinas disfuncionais do setor, mas também é reflexo do funcionamento de todo o hospital².

Diante desse cenário, se faz necessária a utilização racional dos leitos pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), fortalecendo ações para a efetividade das três etapas de output no fluxo de emergência: alta (com ou sem encaminhamento ambulatorial), transferência para outra instituição ou admissão hospitalar³.

Cabe destacar que o valor financeiro das internações repassado pelo SUS segue a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Proteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, cujos procedimentos codificados são processados de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), vinculado ao Ministério da Saúde². Somado a isso, está vigente a Portaria SAS/MS n.º 312, de 30 de abril de 2002, que estabelece a padronização do Censo Hospitalar e recomenda o seu uso para a análise dos fluxos de trabalho, uniformização das nomenclaturas hospitalares, confiabilidade na disponibilização/utilização de leitos, definição de fontes primárias para consolidação dos resultados de desempenho e formulação de estudos comparativos entre os serviços do SUS¹.

Durante a Pandemia de covid-19, observou-se a real dificuldade dos hospitais na apresentação de dados assertivos de atenção hospitalar. Com a progressão da covid-19, acreditava-se que pesquisadores dispusessem de informações detalhadas sobre a movimentação dos pacientes em leitos de UTI de todo país, para subsidiar ajustes à realidade crítica das unidades de saúde. Todavia, isso não se concretizou devido à inexistência de dados ou mesmo conteúdo inconsistente referente às taxas de ocupação das UTIs de algumas capitais⁴.

Nesse sentido, a Portaria MS/GM n.º 758, de 09 de abril de 2020, surge para estabelecer o procedimento de registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de covid-19 nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviço ao SUS, com o objetivo de auxiliar nas medidas de apoio às gestões locais, durante o enfrentamento da doença⁵.

À vista disso, a importância do Censo Hospitalar para a análise de desempenho das unidades de saúde, em especial em momentos críticos da saúde pública, ratificou a importância de entender e aprimorar essa prática nos hospitais. Sendo assim, em junho de 2019, foi iniciado um estudo sobre o Censo em um hospital de grande porte da rede pública de saúde do Distrito Federal, denominado Hospital de Base.

A partir desse estudo, foi possível identificar alguns gargalos na rotina de trabalho e no registro clínico das unidades de internação que motivaram a criação e implementação de uma ferramenta gerencial, desenvolvida em planilha Excel, para o monitoramento do Censo Hospitalar. Com essa intervenção, foi possível exercer maior controle no registro diário de movimentação dos pacientes e avaliar indicadores hospitalares relacionados ao gerenciamento de leitos e qualidade assistencial.

A ferramenta centraliza, processa e gerencia os dados de internação, definindo papéis e responsabilidades na coleta, consolidação, validação e análise dos resultados de desempenho, utilizados para definir estratégias de planejamento, que são apresentadas no relatório de prestação de contas do hospital, em consonância com a contratualização em saúde.

A ferramenta mensura cinco indicadores de desempenho: Taxa de Ocupação Hospitalar, Tempo Médio de Permanência, Índice de Renovação de Leitos, Índice de Intervalo de Substituição e Taxa de Mortalidade Institucional, calculados a partir do registro de movimentação diária dos pacientes nas enfermarias e unidades de terapia intensiva. O preenchimento e validade das informações ficam sob responsabilidade dos chefes de serviço, que avaliam criticamente seus resultados por andar de internação e especialidade (clínica ou cirúrgica), com base nas metas previstas no contrato de gestão.

Os resultados de desempenho possuem apuração mensal e são acompanhados regularmente por setores estratégicos do hospital: Gerência de Regulação, Controle de Infecção Hospitalar, Custos, Gerência de Qualidade, Farmácia Clínica, Serviço Social, Ensino e Pesquisa, Psicologia, Nutrição,

entre outras áreas que dependem da informação hospitalar para o cálculo dos seus indicadores.

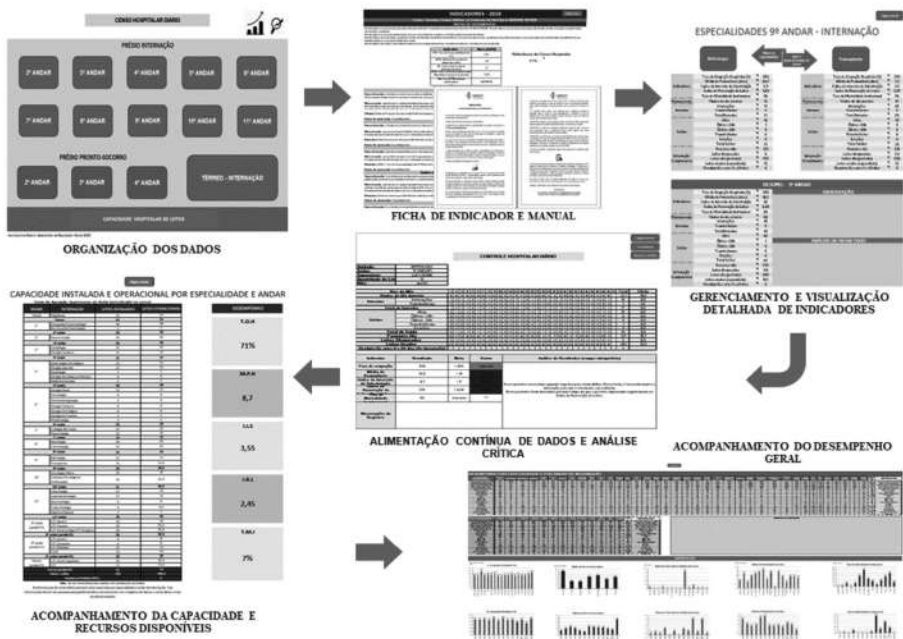
Nessa ferramenta, são consideradas as informações: capacidade instalada/operacional; número de leitos bloqueados; mês; nome do supervisor de enfermagem; número de admissões externas, número de transferências internas de entrada; número de altas; número de óbitos (maior e menor que 24h), número de transferências de saída (internas e externas) e evasões.

O registro diário de todos esses dados calcula os principais indicadores por especialidade e andar de internação, que pode conter duas especialidades ou mais. Com isso, também é produzido o resultado geral do hospital em diferentes escopos: unidades de internação de especialidades clínicas, unidades de internação de especialidades cirúrgicas e unidades de terapia intensiva.

Um dos pontos mais importantes da ferramenta é a obrigatoriedade da análise crítica dos indicadores, tendo em vista o não cumprimento da meta estipulada. O resultado obtido nela é divulgado aos atores estratégicos para discussões gerenciais e elaboração de estudos que se fizerem necessários. Ademais, a ferramenta ainda contém a ficha técnica de cada indicador, demonstrando o seu conceito e sua respectiva metodologia de cálculo.

Em suma, o uso adequado da ferramenta fortalece as práticas de monitoramento e avaliação e aumenta o engajamento entre os potenciais interessados, transformando o Censo Hospitalar em uma fonte primordial para o processo decisório da assistência e gestão do hospital. A Figura 1 apresenta as etapas da Ferramenta de Monitoramento do Censo Hospitalar:

Figura 1. Etapas da Ferramenta de Monitoramento do Censo Hospitalar.



Fonte: Elaborado pelas autoras. Para a criação de legenda na planilha, em relação aos conceitos e fórmulas aplicadas: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf
 Para a criação da ficha de indicador dentro da ferramenta: <https://igesdf.org.br/wp-content/uploads/2020/10/3-Termo-Aditivo-Contrato-IGESDF.pdf>

A Ferramenta de Monitoramento do Censo Hospitalar, que é a intervenção criada, está suscetível às avaliações externas devido às mudanças possíveis em aspectos determinantes da saúde. Como contribuição, iniciou-se a aplicação de um plano de avaliação para analisá-la a partir da seguinte pergunta avaliativa: “Qual o grau de implementação da ferramenta gerencial, que monitora o Censo Hospitalar das unidades de internação e unidades de terapia intensiva do Hospital de Base?”

Objetivos

O estudo apresenta a aplicação do plano de avaliação sobre a Ferramenta Gerencial de Monitoramento do Censo Hospitalar com o propósito de aperfeiçoar a gestão, qualificar a informação em saúde, disseminar o conhecimento sobre os

indicadores de desempenho hospitalar e fortalecer as práticas de monitoramento e avaliação em hospitais da rede pública do Distrito Federal.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem descritiva e qualitativa subsidiado pela utilização de documentos institucionais (procedimentos operacionais padrão, guias e manuais publicados no sistema de gestão documental da instituição), Portarias do Ministério da Saúde, contrato de gestão, sistemas de informação em saúde, planilhas/livros de registro da enfermagem, atas de reunião, entre outros conteúdos que versam sobre o tema “Censo Hospitalar”.

A partir da análise documental, foi realizada a modelização da avaliação e da intervenção: Ferramenta Gerencial de Monitoramento do Censo Hospitalar criada e aplicada no Hospital de Base do Distrito Federal. Com a modelização, foi possível compreender melhor a avaliabilidade da intervenção, pois foi feita uma análise preliminar sobre a sua lógica de funcionamento⁶.

O modelo de análise foi constituído pelos seguintes passos: a) descrever a intervenção, identificando seus objetivos, metas e atividades; b) revisar os documentos relacionados à intervenção; c) modelizar a intervenção considerando os recursos, as atividades e os efeitos pretendidos; d) compreender o funcionamento da intervenção; e) desenvolver um modelo de avaliação; f) identificar os usuários potenciais da avaliação; e (g) estabelecer consensos para implementar a avaliação⁷.

No plano de avaliação, foram desenvolvidas algumas etapas: a) pergunta avaliativa, b) identificação dos *stakeholders*, c) modelização da intervenção; d) modelização e identificação dos usos e achados da avaliação.

O modelo lógico da intervenção apresentou os componentes, insumos, atividades, produtos, resultados e impactos. E, posteriormente, foram definidas sete perguntas avaliativas e uma principal para a análise do grau de implementação da Ferramenta de Monitoramento do Censo Hospitalar. Para o desfecho da avaliação proposta, foram usados alguns mecanismos como a matriz de informação, matriz de relevância e matriz de julgamento, para ajudar na definição do desenho, propósito e abordagem da avaliação.

A matriz de informação é composta por critérios/indicadores, parâmetros e fontes de informação, que subsidiam a avaliação das intervenções⁸. Nessa matriz, foram contempladas as perguntas avaliativas, dimensão, subdimensão e critérios/indicadores importantes na análise do grau de implementação. Em resumo, considerando o contexto e as características da ferramenta gerencial, foram consideradas as subdimensões: responsividade; efetividade; eficiência; qualidade; conformidade; e sustentabilidade.

Em um segundo momento, foi utilizada uma Matriz de Relevância para definir a relevância na relação entre as subdimensões e os indicadores/critérios: muito relevante (RRR), relevante (RR) ou pouco relevante (R). A escala atribui um peso maior aos itens mais relevantes e um peso menor aos itens menos relevantes, permitindo a valoração desses pela Matriz de Análise e Julgamento⁹.

A Matriz de Análise e Julgamento pode ser utilizada como forma de expressão da lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo¹⁰. Essa matriz demonstra como os componentes contribuem na produção dos efeitos, construindo assim os juízos de valor. Assim, ficam representadas as dimensões, subdimensões, critérios/indicadores e os pesos dos itens, para definir o grau de implementação da ferramenta gerencial.

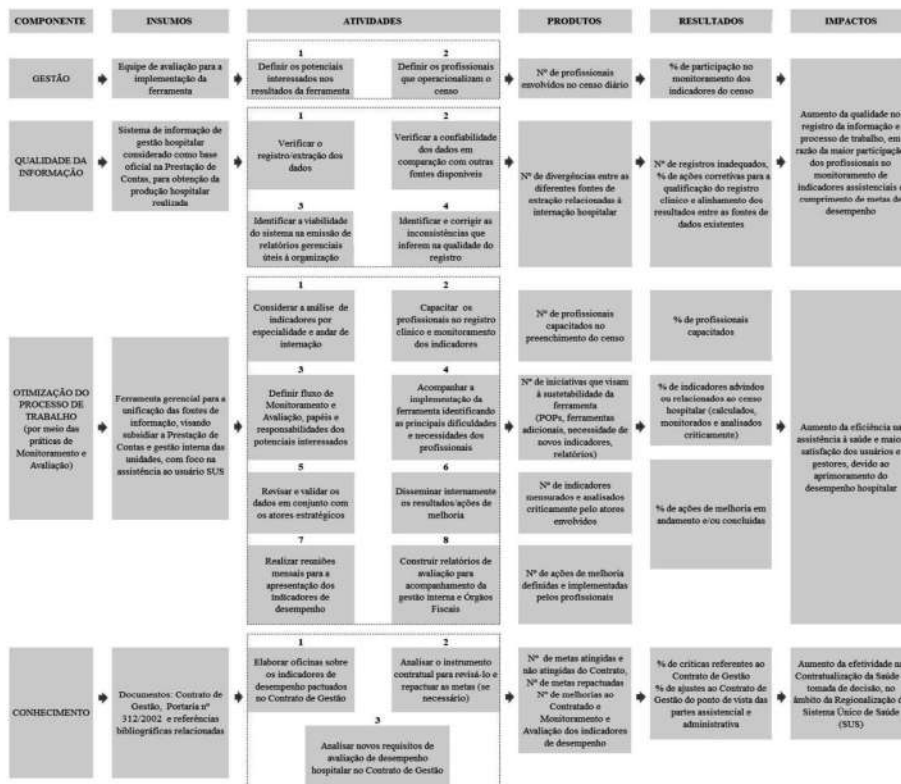
Na definição do grau de implementação, optou-se por utilizar os parâmetros definidos no estudo da Consendey (2003) referente à implantação do programa farmácia básica: a) Percentual > 75%: implantado; b) Percentual entre 50% e 75%: parcialmente implantado; c) Percentual entre 25% e 49%: incipiente; e d) Percentual < 25%: não implantado¹¹. Em cada parâmetro, foi definida uma nota, a saber: nota 0 – não implantado, nota 1 – incipiente, nota 2 – parcialmente implantado e nota 3 – implantado, bem como a pontuação esperada em cada subdimensão e nos seus respectivos critérios, após aplicação do plano.

Principais resultados alcançados ou esperados

A modelização da intervenção focou nos processos e resultados do hospital, utilizando quatro importantes componentes. Os componentes previstos no plano de avaliação foram alcançados com ressalva para algumas

atividades ainda em andamento ou incipientes. A Figura 2 mostra o modelo lógico da avaliação:

Figura 2. Modelo lógico da implementação da Ferramenta de Monitoramento do Censo Hospitalar



Fonte: Elaboração das autoras

No que tange ao componente de gestão, o Censo é atualmente realizado por uma equipe de supervisores de enfermagem responsáveis pela veracidade do dado e análise crítica dos resultados obtidos na ferramenta gerencial, cuja atividade é acompanhada pelo chefe do núcleo de internação, gestão de leitos e gerência de regulação.

Cada supervisor registra seus dados e os encaminha à equipe da coordenação estratégica da informação, que é a área responsável pela gestão da informação e prestação de contas mensal da unidade hospitalar.

Tendo em vista o amplo conhecimento sobre fichas técnicas de indicadores, a equipe técnica faz a validação final dos resultados de desempenho, contactando os supervisores de enfermagem em caso de inconsistências no resultado ou na própria ferramenta.

Em suma, trata-se de uma intervenção que depende da participação de vários atores para que seja sustentável. Até o momento, entende-se que o componente gestão tem sido cumprido, haja vista que essa ferramenta está há quatro anos sendo utilizada pelo hospital.

No que tange à qualidade da informação, é um componente ainda incipiente, devido às limitações atuais da ferramenta, pois é um arquivo em Excel que está sujeito a erros de registro e de fórmulas. Por esse motivo, a validação minuciosa do registro hospitalar pelos supervisores é muito necessária, com vistas a conservar a qualidade da informação hospitalar dentro de um processo que é aparentemente um pouco moroso e complexo.

Atualmente, vem sendo feito um longo processo de verificação entre os dados informados na ferramenta e o registro clínico no sistema informatizado da unidade (sistema de gestão ERP denominado Soul MV), contando com o apoio dos supervisores de enfermagem que mensalmente precisam encaminhar seus resultados à coordenação estratégica com a respectiva comprovação dos pacientes contabilizados na ferramenta, tais como o número do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) de cada usuário assistido. Dessa forma, é factível o rastreio do dado original produzido pela ferramenta no sistema informatizado do hospital. Nessa conferência, são identificadas divergências e inconformidades no registro clínico por falta de conhecimento sobre os critérios e indicadores adotados pela instituição, mediante contrato de gestão.

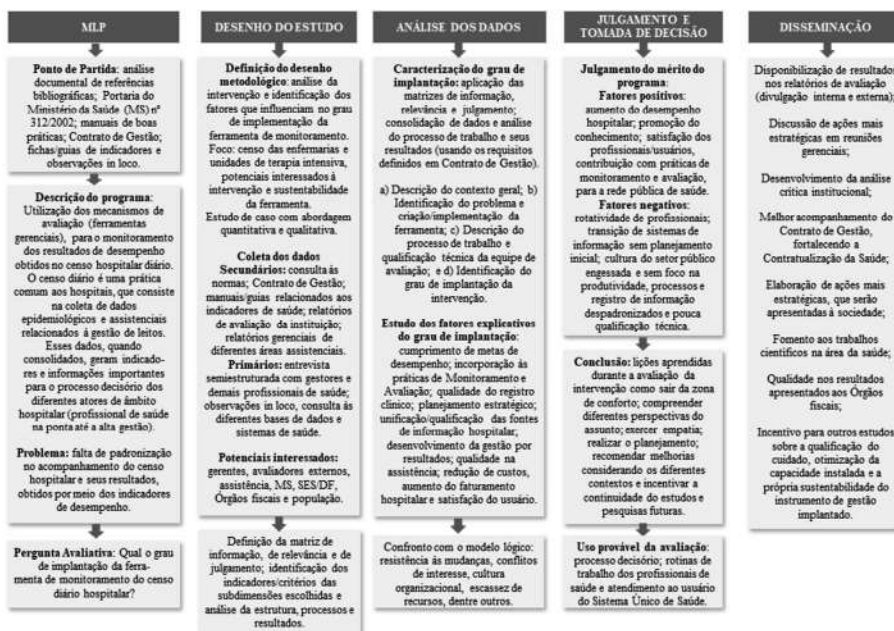
O componente qualidade da informação contribui para outro de grande peso que é a incorporação das práticas de monitoramento e avaliação por todos os envolvidos, otimizando assim o processo de trabalho e tomada de decisão das unidades. A ideia é capacitar os profissionais para atuarem no planejamento em saúde com uma visão cada vez mais gerencial.

O melhor acompanhamento dos resultados aumenta o desempenho hospitalar e contribui na execução do contrato de gestão, que viabiliza o repasse financeiro para a manutenção do hospital por meio da fiscalização de *stakeholders* externos, tais como Secretaria de Saúde, Ministério da Saúde, órgãos de controle externo e população usuária dos serviços de saúde.

Por último e não menos importante, o componente conhecimento é a consequência de todos os outros componentes, servindo de insumo para as novas soluções, pesquisas e estratégias de melhoria na saúde pública.

Para responder sobre o grau de implementação da intervenção, foi realizado o desenho da avaliação, conforme demonstrado na Figura 3:

Figura 3. Desenho da avaliação



Fonte: adaptado de Cardoso *et al.*,¹².

Para fins de desfecho da avaliação, foram considerados alguns instrumentos técnicos como a Matriz de Informação e a Matriz de Julgamento.

A Matriz de Informação apresenta a dimensão desempenho e suas respectivas subdimensões escolhidas para a avaliação da intervenção, bem como

elencas as perguntas utilizadas no plano. Ao todo foram consideradas sete perguntas direcionadas aos itens: compartilhamento dos resultados da ferramenta pelos potenciais interessados; acompanhamento efetivo dos indicadores hospitalares clássicos; divergência entre as fontes de informação hospitalar utilizadas pelo hospital; atualização dos fluxos e rotinas; subsídios à prestação de contas do hospital; incorporação das práticas de monitoramento e avaliação pelos profissionais de saúde; e replicação da ferramenta em outros hospitais públicos.

No que tange ao compartilhamento dos resultados, as subdimensões consideradas foi o acesso à informação e responsividade. Observou-se que a intervenção contribuiu para a análise institucional do desempenho da unidade, pois alcançou vários atores estratégicos, que atualmente a utilizam para a tomada de decisão, desenvolvimento de outros indicadores, discussões gerenciais e elaboração de eventos importantes como simpósios, colegiados, entre outros.

Com isso, compreende-se que a ferramenta fortaleceu o acompanhamento das informações hospitalares, destacando assim a subdimensão efetividade, pois muitas áreas passaram a analisar outros indicadores advindos do Censo Hospitalar; a exemplos, o Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar depende do Censo para o cálculo da taxa de utilização de ventilação mecânica, taxa de utilização de cateter venoso central, taxa de mortalidade absoluta e estimada, tempo de permanência em UTI, cujos resultados são cobrados pela Instrução Normativa da Anvisa n.º 04, de 24 de fevereiro de 201013. A área de custos utiliza o Censo na apuração diária de internação, com base no custo total de cada clínica e quantidade de pacientes-dia. A Farmácia Hospitalar depende do Censo para o cálculo da porcentagem de leitos do hospital, com a implantação do sistema de distribuição de dose individualizada e assim por diante.

A gestão de leitos utiliza a ferramenta como instrumento facilitador da redistribuição de leitos por clínica. O Núcleo Interno de Regulação acompanha o Censo para agilizar as pendências das internações de longa permanência, acionando as equipes multidisciplinares. A área de ensino e pesquisa utiliza a ferramenta para a confecção de estudos clínicos e epidemiológicos. Além

de outros serviços, que precisam analisar estrategicamente o Censo, para a continuidade do cuidado do paciente, tais como nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e psicologia.

No que se refere à divergência de informação, foram consideradas as subdimensões qualidade, responsividade e conformidade e iniciado um estudo para a unificação das fontes utilizadas pelo hospital, pois são muitas as fontes existentes sobre um mesmo indicador. Contudo, trata-se de uma ação incipiente, mas que está sendo articulada e planejada a várias mãos para avaliar corretamente os indicadores e conseqüentemente identificar gargalos nos processos atuais de trabalho. Portanto, um dos grandes objetivos é a implementação da ferramenta gerencial em um sistema ERP, para que o hospital tenha uma fonte auditável, segura e parametrizada com as metodologias e conceitos adequados.

Nessas subdimensões supracitadas, é importante ressaltar a perda significativa do faturamento hospitalar no SUS em razão da falta de registro dos profissionais da ponta. Foi observado que por mais que a Ferramenta de Monitoramento do Censo esteja bem preenchida, ainda há muitas divergências em relação aos conceitos e nomenclaturas adotados, comprometendo o *input* correto do dado em outras fontes disponíveis e gera perda de faturamento em detrimento da falta de registro ou cobrança indevida.

Portanto, ao fazer um comparativo das entradas e saídas do Censo em relação às demais fontes de extração, foram identificadas diferenças relacionadas a alguns fatores ainda sob análise: registro em campos inadequados do sistema e duplicidade de dados por falta de treinamento/capacitação e *turnover*. Nesse cenário, os profissionais envolvidos na intervenção têm realizado a validação minuciosa dos dados registrados na ferramenta utilizando relatórios emitidos pelo sistema ERP do hospital, que comprovam os pacientes que foram evoluídos (rastreados pelo número SAME) e posteriormente contabilizados na ferramenta. A conferência dos dados implica em coincidir o número de entradas e saídas no mês entre a Ferramenta de Monitoramento do Censo e as demais fontes de extração disponíveis, em especial, o sistema ERP usado pelo hospital, considerado como fonte auditável.

Em referência à atualização dos fluxos e rotinas, foram indicadas as subdimensões eficiência e sustentabilidade, pois a Ferramenta de Monitoramento do Censo já se encontra institucionalizada no hospital, com manual e procedimento operacional padrão publicados no sistema de gestão documental da instituição. Além disso, a intervenção é apresentada periodicamente aos profissionais envolvidos para a discussão dos pontos de melhoria e treinamento devido à alta rotatividade dos supervisores de enfermagem.

Em relação à prestação de contas, destaca-se aumento no controle dos dados divulgados à Secretaria de Saúde, auxiliando na identificação de anomalias e na implementação de ações corretivas em tempo hábil para a entrega de resultados assertivos, com maior qualidade e confiabilidade. Atualmente, observa-se que muitos indicadores qualitativos procedentes do Censo conseguem cumprir as metas pactuadas no contrato de gestão. Os indicadores que não conseguem atingir as metas são apresentados à contratante com análises de resultado, que tem melhorado a cada mês mediante às cobranças e orientações vinculadas à intervenção. Por esse motivo, a pergunta avaliativa relativa à prestação de contas reforça duas importantes dimensões: efetividade e eficiência.

Os fluxos e rotinas criados por essa intervenção fortalecem as práticas de monitoramento e avaliação por vários profissionais e gestores, destacando as subdimensões de qualidade e eficiência. A centralização dos dados em uma ferramenta com grande poder de alcance empodera o supervisor de enfermagem em suas decisões administrativas e aumenta a sua liderança frente à toda equipe assistencial. Somado a isso, médicos das unidades de internação podem discutir em conjunto os indicadores das clínicas que estão sob sua responsabilidade, contribuindo assim para a definição de ações estratégicas e prioridades com foco na rapidez e qualidade do atendimento. Não menos importante, os indicadores do Censo balizam as discussões sobre o planejamento da unidade diante da escassez de recursos (pessoal, insumos, compras, tecnologias, entre outros).

Quanto à replicação da intervenção, a ferramenta de monitoramento está atualmente implementada em dois hospitais da rede pública de saúde do

Distrito Federal. Após adesão da intervenção no Hospital de Base do Distrito Federal e seu desfecho de sucesso, a ferramenta foi aplicada em outro hospital da rede chamado Hospital Regional de Santa Maria, destacando assim as subdimensões efetividade, eficiência e sustentabilidade.

Com base nas perguntas avaliativas da matriz de informação e na relevância adotada para cada subdimensão, foi elaborada a matriz de análise de julgamento para identificar o grau de implementação da ferramenta gerencial, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Matriz de Julgamento do Plano de Avaliação sobre a Implementação da Ferramenta de Monitoramento do Censo Hospitalar

Componente estrutural	Subdimensão	Indicador/Critério	Parâmetro/Padrão	Pontuação MÁX. Esperada	Pontuação considerada (até o momento)
INSUMOS	RESPONSIVIDADE	RH disponível.	Dimensionamento de carga horária.	2	1
		RH capacitado.	Certificados de treinamento.	3	3
		Equipe de Avaliação Estruturada.	Contratação RH, número de profissionais alocados para a avaliação.	3	1
		Pontos da subdimensão:		8	5
ATIVIDADES	ACESSO À INFORMAÇÃO RESPONSIVIDADE	N.º de indicadores de desempenho monitorados pelas áreas: gestão de leitos, gerência de enfermagem, controle de infecção hospitalar, gerência de resultados, gerência de regulação, gerência de custos, gerência da qualidade, farmácia clínica, psicologia, serviço social, entre outras.	Tipo de indicador e série histórica da produção de dois a três anos (para definição da meta de desempenho). Parâmetros definidos no contrato de gestão.	3	3

Componente estrutural	Subdimensão	Indicador/Critério	Parâmetro/Padrão	Pontuação MÁX. Esperada	Pontuação considerada (até o momento)	
ATIVIDADES	ACESSO À INFORMAÇÃO RESPONSIVIDADE	Percentual (%) de profissionais que acompanham os resultados de desempenho do Censo Hospitalar Diário.	100%	3	3	
		Pontos da subdimensão:		6	6	
	EFETIVIDADE	N.º de ações estratégicas definidas, em razão da análise de resultados.	Relatório de produção e avaliação das áreas.	3	1	
		N.º de estudos de caso sobre a gestão e qualidade da internação hospitalar.	Estudos de caso	3	0	
		% de ações estratégicas definidas e registradas na ferramenta de monitoramento do censo diário.	Relatórios de M&A e ferramenta (Excel).	3	3	
		Pontos da subdimensão:		9	4	
	RESULTADOS	QUALIDADE RESPONSIVIDADE CONFORMIDADE	N.º de divergências identificadas entre os resultados extraídos de diferentes fontes de informação: sistema de informação de gestão hospitalar, kanban/ livro de registro do enfermeiro, SIH/DATASUS e Ferramenta de Monitoramento do Censo.	Checklist; sistema de informação; prontuário; materiais técnicos e ferramentas (Excel).	2	1
			N.º de inconformidades no Censo Hospitalar Diário;	Relatório de produção e relatório de inconformidades.	2	1

Componente estrutural	Subdimensão	Indicador/Critério	Parâmetro/Padrão	Pontuação MÁX. Esperada	Pontuação considerada (até o momento)
RESULTADOS	QUALIDADE RESPONSIVIDADE CONFORMIDADE	% inconformidades no registro do Censo.	Relatório de inconformidades.	2	1
		Pontos da subdimensão:		6	3
	QUALIDADE EFICIÊNCIA	N.º de análises críticas sobre os resultados de desempenho e metas definidas no contrato de gestão;	Relatório de avaliação das áreas e ferramenta (Excel)	2	2
		N.º de análises críticas sobre a capacidade instalada, planejada e operacional (distribuição dos leitos por especialidade e andar de internação);	Relatórios de avaliação das áreas	2	1
		N.º de melhorias na repactuação dos parâmetros de avaliação (metas, indicadores e objetivos) definidos em contrato de gestão;	Documento institucional (SEI)	3	1
		N.º de gargalos identificados na internação (mapeamento e redesenho do processo);	Relatório de avaliação das áreas	2	1
		N.º de correções do registro clínico por especialidade;	Relatório de avaliação das áreas, relatório de inconformidades e ferramenta (Excel)	3	1
		N.º de feedbacks positivos ou negativos sobre o desenvolvimento/ implementação da ferramenta de monitoramento do Censo Diário Hospitalar;	Relatórios de avaliação e atas de reunião estratégica	3	3

Componente estrutural	Subdimensão	Indicador/Critério	Parâmetro/Padrão	Pontuação MÁX. Esperada	Pontuação considerada (até o momento)
RESULTADOS	QUALIDADE EFICIÊNCIA	% de comprovações relacionadas ao monitoramento do Censo Diário Hospitalar	Comprovações válidas Esperado: 100%	3	3
		Pontos da subdimensão:		18	12
	EFICIÊNCIA SUSTENTABILIDADE	Apresentação do processo padrão às áreas envolvidas com a definição de papéis e responsabilidades;	Fluxograma e POPs	2	2
		N.º de ações que permitam a sustentabilidade da intervenção.	Planos de ação	2	2
		Pontos da subdimensão:		4	4
IMPACTOS	EFETIVIDADE EFICIÊNCIA SUSTENTABILIDADE	Conhecimento sobre o instrumento contratual vigente;	Contrato de gestão e termo aditivos, ata das reuniões estratégicas/ alinhamento relativas ao instrumento contratual	3	3
		N.º de indicadores analisados criticamente e apresentados nos relatórios de avaliação, os quais são acompanhados pela Comissão de Avaliação do Contrato – CAC, órgãos fiscais e usuários do serviço;	Relatório de avaliação e relatório de produção (série histórica de dois a anos). Parâmetros definidos no contrato de gestão.	2	2
		N.º de metas superadas e não superadas;	Relatório de avaliação (institucional)	2	2
		N.º de metas repactuadas;	Relatório de avaliação (institucional)	2	1

Componente estrutural	Subdimensão	Indicador/Critério	Parâmetro/Padrão	Pontuação MÁX. Esperada	Pontuação considerada (até o momento)
IMPACTOS	EFETIVIDADE EFICIÊNCIA SUSTENTABILIDADE	N.º de unidades de saúde que aderiram à ferramenta de monitoramento do censo	Atas de reunião sobre a implementação da ferramenta e outras comprovações válidas (e-mails, SEIs)	3	3
		N.º de desfechos de sucesso relacionados à implementação da ferramenta. (aumento do desempenho hospitalar)	Relatório de avaliação das áreas; feedbacks.	3	2
		Pontos da Subdimensão:		15	13

Fonte: Elaborado pelas autoras

De acordo com a matriz de julgamento, pode-se observar que o grau de implementação da intervenção é de aproximadamente 71%, indicando que a Ferramenta de Monitoramento do Censo Hospitalar está parcialmente implantada.

As subdimensões que tiveram maior pontuação foram: acesso à informação, responsividade, eficiência e sustentabilidade.

Em relação aos insumos, apesar do hospital possuir uma equipe disponível para operacionalizar o Censo, recomenda-se uma equipe maior para a validação dos dados, tendo em vista o escopo de análise, limitações e atuais problemas da intervenção referentes às divergências de informação hospitalar. Por esse motivo, a dimensão responsividade não atingiu a pontuação máxima esperada no componente estrutural insumos.

No componente estrutural atividades, as subdimensões acesso à informação e responsividade obtiveram pontuação máxima, tendo em vista que todos os indicadores atualmente contratualizados podem ser calculados a partir da intervenção, favorecendo o processo de monitoramento e avaliação, bem como a entrega de prestação de contas pelo estabelecimento de saúde. Vale

lembrar que os fluxos e rotinas formalizados também foram determinantes no fortalecimento desse componente.

Em contrapartida, a efetividade ainda não foi alcançada em sua plenitude, pois se consideram poucas as estratégias definidas durante a implementação da ferramenta, dentre elas, destaca-se: a revisão da capacidade instalada do hospital por clínicas, na qual alguns supervisores decidiram fazer o remanejamento de leitos por entender que a quantidade de leitos destinada para algumas especialidades não estava coerente com a demanda assistida, o que poluía alguns resultados da taxa de ocupação hospitalar.

O componente estrutural resultados ainda tem muito a melhorar, mas isso depende de insumos adequados que ajudem na revisão e validação durante o processamento dos dados, visando obter uma informação hospitalar cada vez mais real e qualificada. No momento, a fase é de identificação das inconsistências para treinamento dos potenciais interessados. A segunda fase é de otimização do Censo Hospitalar, colocando-o em um sistema de gestão ERP para unificação das informações em uma base auditável e segura. Com isso, será possível gerar mais relatórios de gestão e avaliação, que subsidiarão as decisões estratégicas e aumentarão a efetividade da intervenção.

Nesse sentido, a ideia é reduzir a quantidade de planilhas internas e consultar apenas duas fontes oficiais de informação para fins de planejamento, gestão e prestação de contas: o sistema integrado do hospital que, incluindo a Ferramenta de Monitoramento do Censo, demonstrará a produção de internação realizada dentro do mês e o sistema oficial do Ministério da Saúde (DATASUS), que atualmente demonstra a produção faturada (por mês de processamento e mês de atendimento).

Acerca da qualidade e eficiência do componente resultados, ressalta-se um número de profissionais cada vez maior que se comprometam em fazer uma boa análise dos indicadores. Somado a isso, a intervenção vem recebendo *feedback* positivos dos novos profissionais que aderem à intervenção.

Por fim, sobre o componente estrutural impactos, houve aumento no conhecimento do contrato de gestão vigente, uma vez que muitos profissionais

aprenderam a analisar melhor os resultados alcançados por meio das metas de desempenho. Esse novo comportamento dos profissionais contribuiu também na discussão de novas metas em um próximo termo aditivo ao contrato, aperfeiçoando a seleção de indicadores utilizados para a avaliação da saúde pública.

Conclusões e/ou recomendações

A proposta de modelização permitiu maior conhecimento sobre a intervenção, sua estrutura, bases normativas e modo de funcionamento. A identificação e o envolvimento dos principais interessados na avaliação são estratégias importantes, pois garantem o uso da avaliação, o aprendizado organizacional sobre a ferramenta e o conhecimento sobre suas aplicabilidades como instrumento de gestão e organização do serviço.

No aprofundamento sobre a intervenção, alguns desafios foram identificados, como a rejeição dos profissionais ao uso de novas tecnologias/ferramentas; dificuldade de extração de informações de cunho gerencial e falta de padronização de terminologias e processos de trabalho. Esse cenário tem exigido mudanças na cultura organizacional e no desempenho dos gestores e demais profissionais de saúde, bem como nas concepções gerais sobre a produção hospitalar e gestão da informação¹³.

Espera-se que o plano de avaliação incentive outros estudos sobre a qualificação do cuidado, otimização da capacidade instalada e a própria sustentabilidade do instrumento de gestão implantado. Em síntese, a implementação e avaliação da ferramenta é apenas um ponto de partida para que os profissionais de saúde aprimorem as suas práticas de monitoramento e avaliação, proporcionando maior eficiência à gestão hospitalar.

Referências

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-17657>. Acesso em: 20 mar. 2023.
2. Kos SR, Santos NP, Scarpin JE, Klein L. Repasse do SUS vs custos dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: Anais do XXII Congresso

- Brasileiro de Custos; 2015 Nov 15; [local do congresso]. [s.l.]: [editora]; 2015. p. 1.
3. Soares VS. Análise dos núcleos internos de regulação hospitalares de uma capital. *Gestão e Economia em Saúde*. 2017;15(3):339–43.
 4. Campos FCC, Canabrava CM. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde debate*. 2020;44(spe4):146–60.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 758, de 9 de abril de 2020, institui, no âmbito do programa nacional de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, o pacto nacional de prevenção e enfrentamento da violência letal contra crianças, adolescentes e jovens. *Diário Oficial da União*. 2020;9 abr.
 6. Trevisan MS, Walser TM. *Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use*. [s.l.]: SAGE Publications; 2015.
 7. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2005;20(2):1-25.
 8. Medina MG, Pontes-Silva GA, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
 9. Moreira E, Abreu D. *Matriz de análise e julgamento da avaliação*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2015.
 10. Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Validação de um instrumento para avaliação de serviços de atenção à saúde da pessoa estomizada. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;(24):e2825.
 11. Cosendey MAE. *Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
 12. Cardoso GCP, Oliveira EA de, Casanova AO, Toledo PP da S, Santos EM dos. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. *Saúde debate*. 2019;43(120):54–68. Disponível em: [URL]. Acesso em: 20 mar. 2023.
 13. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010; 24 fev.
 14. Barros JV. *Sistemas de informação e avaliação de desempenho hospitalar: a integração e interoperabilidade entre fontes de dados hospitalares*. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE DO ESTADO DO ACRE NO PERÍODO DE 2018 E 2019

Belkis Caridad Bacas Hernández*
Maria das Mercês Navarro Vasconcellos**
Marli Marques***

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch que afeta prioritariamente os pulmões, porém pode acometer outros órgãos e sistemas do corpo humano.

É um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pois é a doença infecciosa causada por um único agente patogênico que mais resulta em mortalidade, superando as mortes por HIV.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), 10,4 milhões de pessoas adoeceram em 2016 e quase 1,3 milhão de pessoas morreram pela doença. Embora o Brasil tenha reduzido a incidência e a mortalidade em 50% se comparado com o 1995, atingindo as Metas e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), ainda integra o grupo dos cinco países (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) que concentram 40% da carga de TB no mundo¹.

As pesquisas apontam que a doença está cada vez mais concentrada em populações mais vulneráveis como indígenas, imigrantes, pessoas em

* Especialista em Pneumologia Sanitária, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. belkiscaridadbh99@gmail.com

** Doutora em Educação, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (ENSP/ FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. maria.vasconcellos@fiocruz.br

*** Especialista em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Doutora e Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Mato Grosso do Sul (MS), Brasil. marli.marques2008@gmail.com

situação de rua e pessoas privadas de liberdade (PPL), representando novos desafios aos serviços para enfrentar as particularidades de cada um destes grupos da população².

A população prisional em 2017 concentrou 10,5% dos novos casos de TB notificados no Brasil, caracterizando as prisões como reservatórias para a transmissão da doença à comunidade, frente ao risco de se espalhar para a comunidade por meio dos visitantes ou dos funcionários do sistema prisional³.

Em algumas unidades federadas pouco se conhece sobre o comportamento epidemiológico da tuberculose no sistema prisional, levando a pensar que este problema, em alguns territórios, pode estar subestimado.

Assim, este trabalho tem como objetivo descrever aspectos epidemiológicos e operacionais da tuberculose na população privada de liberdade do estado do Acre, a fim de contribuir na adoção de novas estratégias para o controle da doença neste público.

A população privada de liberdade no Brasil representa 0,3% do total da população enquanto no Acre esta população representa 0,9%, além apresentar desde 2017 a maior taxa de aprisionamento do país 754,93/100 mil habitantes, atingindo em 2019, 1.062,57 pessoas presas a cada 100 mil habitantes, ou seja, representa o maior número de presos em relação ao tamanho da sua população³. A taxa de aprisionamento em Acre ultrapassa nações como os Estados Unidos, que tem 665 presos por 100 habitantes⁴. A PPL está distribuída em cinco municípios, sendo que em 2019 dados preliminares apontam a ocorrência de 146 casos novos de TB entre 6.357 internos, (taxa de incidência de 2.296,7/100 mil internos), muitas vezes superior à taxa registrada no Brasil (932/100 mil internos) a qual é considerada alarmante.

Pela insuficiência de trabalhos que abordem a situação alarmante da tuberculose no estado e quais ações de vigilância e controle estão sendo desenvolvidas no sistema prisional do estado. O presente trabalho contribui para identificar e discutir o comportamento da tuberculose na população privada de liberdade do Acre, a fim identificar e discutir em que níveis a doença vem ocorrendo nas diferentes unidades penais e como os serviços de saúde estão enfrentando esta realidade.

Diante do quadro apresentado, acreditamos que este trabalho seja uma ferramenta de avaliação, gerando dados para os gestores da justiça, da saúde e para os profissionais diretamente envolvidos com o cuidado dessa população, bem como representantes de grupo de profissionais e instituições comprometidos com o Plano Nacional para o Fim da Tuberculose como problema de saúde pública no país.

Objetivos

Objetivo geral

Descrever aspectos epidemiológicos e operacionais da tuberculose na população privada de liberdade do Acre no período de 2018 e 2019.

Objetivos específicos

- Caracterizar a distribuição dos casos TB segundo o município do estabelecimento penal, sexo, faixa etária e ano de ocorrência;
- Analisar o desempenho do Programa de Controle da Tuberculose a partir dos principais indicadores epidemiológicos e operacionais.

Referencial teórico

Estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas desenvolveram TB em 2018, sendo a carga da doença mais alta entre populações de baixa renda e em situação de vulnerabilidade⁵. O Brasil não está longe desta situação, pois ocupa hoje o 19º lugar no ranking dos 22 países que concentram 80% dos casos dessa doença no mundo.

Sabendo que a TB está relacionada a condições desfavoráveis como: baixa escolaridade, falta de condições básicas de saúde e superlotação, todas presentes no sistema prisional brasileiro, a tuberculose emergiu como um sério problema de saúde na população carcerária³.

Segundo o Sistema de Informações Penitenciárias a população prisional no Brasil em 2016 era de 726.712 pessoas, sendo 684.357 homens

e 42.355 mulheres, e está em crescimento acentuado, como evidenciado pelo estado do Acre com incrementos alarmantes nos últimos anos³.

A prevalência mundial desta doença entre detentos pode ser até 50 vezes maior do que as médias nacionais, e a superpopulação nas celas facilita a ocorrência.

O país tem a quarta maior população carcerária do mundo, perdendo apenas para os EUA, China e Rússia, e o número de pessoas privadas de liberdade (PPL) aumentou consideravelmente nos últimos 12 anos⁶ assim como a incidência da TB, que segundo pesquisas, se apresenta 25 vezes maior nessa população do que na população geral.

No controle da doença nesta população influem fatores como: peculiaridades de funcionamento de cada instituição prisional, a baixa qualidade do serviço de saúde no sistema prisional, a pouca motivação dos profissionais, a demora no diagnóstico da doença devido à desvalorização dos sintomas e queixas da população carcerária, a transmissão durante os ingressos no sistema ou nas transferências entre as prisões sem avaliações de saúde, entre outros.

Deve-se considerar que muitos detentos podem ter sido infectados em suas comunidades e, ao adoecerem com formas pulmonares bacilíferas, passam a disseminar a doença para os familiares durante as visitas. Não podemos nos esquecer dos funcionários, que estão frequentemente expostos e, ao se contaminarem, também atuam como veículos de disseminação da doença⁷⁻⁸.

As condições precárias das celas, incluindo superlotação, falta de ventilação e exposição limitada à luz solar, combinadas com o histórico de residência em comunidades desfavorecidas com alta incidência de tuberculose e HIV, além de baixo nível de escolaridade antes do encarceramento, resultam em um aumento de 28% na probabilidade de pessoas privadas de liberdade (PPL) contrair tuberculose em comparação com a população em geral. Dentro dos presídios as taxas de abandono do tratamento da TB são altas, por este motivo é preciso que haja união e comprometimento dos gestores de saúde e segurança em criar estratégias que colaborem para o fortalecimento da adesão ao tratamento até a cura.

No sistema prisional tem que se estabelecer estratégias especiais ou um Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁹. “O termo projeto refere-se a uma discussão prospectiva focada em: como será daqui para frente”⁶, entre os profissionais da saúde e os de segurança, especificamente os agentes penitenciários.

O êxito deste Projeto Terapêutico Singular (PTS) começa no acolhimento da PPL doente. Mas não se trata apenas de uma concepção humanizada, mas sim valorizar a história de vida do indivíduo e trazê-lo para o centro do cuidado.

Deve-se estabelecer uma relação de confiança mútua, considerando as diversas limitações enfrentadas pelo apenado. Em sua maioria, eles não compreendem completamente a natureza da doença, o tratamento e sua duração, devido à baixa escolaridade. Portanto, é necessário repetir as informações quantas vezes forem necessárias. Nas celas, enfrentam discriminação e preconceito devido aos estigmas associados à doença. Além disso, durante os procedimentos de revista, muitas vezes acabam perdendo a medicação. Outro fator importante no acompanhamento do apenado doente é o vínculo da Unidade de Saúde Prisional com a Vigilância de Estado ou região, para quando sair em liberdade seja notificado, monitorado e acompanhado pela unidade de destino. O mesmo deve acontecer nas transferências entre presídios⁷.

A busca ativa deve ser realizada em todas as pessoas privadas de liberdade (PPL), tanto no momento da entrada no sistema prisional quanto posteriormente, duas vezes ao ano. Além disso, durante todas as consultas e revistas nas celas, ou independentemente do motivo, é crucial questionar sobre os sintomas da tuberculose, especialmente a tosse. É essencial realizar o rastreamento em massa de Sintomáticos Respiratórios (SR), definido como tosse de qualquer duração, neste grupo. Deve-se indicar exames de escarro para realização de baciloscopia ou teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB). A busca ativa também deve ser realizada em PPL que convivem com HIV.

A terceira atividade prioritária na prevenção e diagnóstico da tuberculose no sistema prisional é o estudo de todos os expostos ao *Mycobacterium tuberculosis*. No momento da identificação, todos esses indivíduos são considerados contatos

e devem ser submetidos à realização de baciloscopia ou teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB). Nos presídios serão contados os apenados que estão na mesma cela, os agentes penitenciários, dependendo do tempo de permanência em custódia e os familiares⁹.

O tratamento da tuberculose em PPL pode ter início antes ou durante o encarceramento e pode ser encerrado durante ou após o livramento. O seguimento da PPL com tuberculose deve observar todas essas possibilidades de modo a garantir a sua completude e o êxito do tratamento. Durante o encarceramento, o tratamento deve ser diretamente observado e realizado exclusivamente por profissionais de saúde, a fim de garantir a eficácia do tratamento¹⁰. O acompanhamento do tratamento deve incluir a consulta mensal, a aferição regular do peso que poderá indicar necessidade de ajuste de doses do medicamento e a solicitação das baciloscopias de controle. No contexto de encarceramento, a baciloscopia adquire maior relevância, uma vez que permite avaliar a presença de bacilos viáveis no escarro⁴.

As frequentes transferências de PPL entre as Unidades Prisionais (UP) são causa de interrupção do tratamento. Assim, um sistema de comunicação ágil entre os serviços de saúde do sistema penitenciário deve ser estabelecido. O serviço de saúde da UP de origem deve comunicar à coordenação de saúde do sistema penitenciário e ao serviço de saúde da unidade receptora sobre a transferência do paciente.

A consulta na unidade receptora deverá ser realizada nos sete primeiros dias após o ingresso do paciente, visando minimizar os casos de irregularidade e abandono de tratamento. O prontuário de saúde deve sempre acompanhar o paciente por ocasião das transferências entre as prisões. Assegurar a continuidade do tratamento após o livramento⁶. O estabelecimento de rotinas e fluxos para testes diagnósticos deve se dar conjuntamente com a área de saúde do sistema penitenciário, os programas estaduais e municipais de controle da TB e a rede laboratorial, de forma a garantir o fluxo das amostras, retorno do resultado do TRM-TB e da baciloscopia em 24 horas e início imediato do tratamento⁶.

Material e métodos

Estudo epidemiológico, descritivo e transversal, realizado no estado do Acre, no período de 2018 a 2019. A população de referência incluiu os casos de tuberculose notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos municípios com unidades penais do estado do Acre. População de estudo: casos de TB notificados no SINAN, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, residentes em unidades penais de regime fechado, semiaberto ou aberto, do estado do Acre. A abrangência global do estudo incluiu todos os casos novos e retratados de tuberculose notificados entre os internos do sistema prisional nos cinco municípios do estado do Acre que possuem unidades penais instaladas. Os dados foram agrupados por município, considerando os totais de registros relativos a (s) respectiva (s) unidade (s) penal (is) assim distribuídas: município de Rio Branco (Complexo Prisional de Rio Branco formado pelas Unidade de Recolhimento Provisório, Unidade de Saúde Mental, Unidade de Regime Fechado Feminino, Unidade Prisional Antônio Amaro Alves; município de Sena Madureira (Unidade Prisional Evaristo de Moraes); município de Cruzeiro do Sul (Unidade Penitenciária Masculina Manoel Neri da Silva e Unidade Penitenciária Feminina Manoel Neri da Silva); município de Senador Guiomar (Unidade Prisional do Quinari); município de Tarauacá (Unidade Penitenciária masculina Moacir Prado e Unidade Penitenciária Feminina Moacir Prado). A coleta de dados sobre número de internos por estabelecimento penal e ano foi realizada em consulta ao Instituto de Administração Penitenciária do Acre (IAPEN), enquanto a coleta de dados sobre os casos notificados de TB será realizada em consulta ao SINAN, na base de dados da Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

Foram excluídas as notificações em duplicidade relacionadas ao mesmo episódio da doença, os casos recebidos por transferência de outro país ou estado e os casos cujo diagnóstico tenha ocorrido em anos diferentes de

2018 e 2019. Os dados foram organizados em tabelas de Excel para os cálculos da distribuição sociodemográfica dos casos, segundo municípios com as referidas UP, estado, anos. Para o cálculo de incidência foram utilizadas as bases de registro da população de internos no sistema prisional em dezembro de cada ano, obtido junto ao Sistema de Informação da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária do Acre. Os indicadores epidemiológicos e operacionais foram analisados por ano e por município com suas respectivas unidades além dos totais. As pesquisadoras se comprometem com o sigilo dos dados para uso de banco de dados e se comprometeram em manter o sigilo e a privacidade dos casos, explicitando a finalidade da pesquisa às instituições envolvidas.

A pesquisadora foi autorizada a coletar os dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na base de dados da SES e junto ao IAPEN.

Resultados

No estado do Acre, entre os cinco municípios com população privada de liberdade (PPL), foram notificados, em 2018, 126 casos de tuberculose, todos do sexo masculino. Deste total, 105 casos eram novos e 21 (16,7%) eram retratamentos. Todos os municípios com unidades prisionais (UP) relataram casos novos, enquanto apenas as unidades prisionais de Rio Branco notificaram casos novos e retratados, representando 21 de 98 (21,4%) dos casos. A faixa etária predominante nas notificações foi de 18 a 39 anos, abrangendo 103 casos (81,7%). A Tabela 1 ilustra esses dados.

Tabela 1. Distribuição dos casos tratados (CT) e casos novos (CN) de tuberculose notificados na população privada de liberdade, segundo município das unidades prisionais, indicadores epidemiológicos e sociodemográficos no Acre, em 2018

Variáveis/ Municípios/UPs	Total	CT (N. %)	CN (N.)	Casos Novos (CN)			
				Sexo		Faixa etária (anos)	
				M	F	18-39 (N. %)	≥40 (N. %)
Rio Branco	98	21 (21,4)	77	77	0	75	2 (2,0)
Sena Madureira	4	-	4	4	0	4	0
Cruzeiro do Sul	3	-	3	3	0	3	0
Sen. Guiomard	10	-	10	10	0	10	0
Tarauacá	11	-	11	11	0	11	0
TOTAL	126	21 (16,7)	105	105	0	103(81,7)	2 (1,6)

Fonte: SINAN, na base de dados da SESACRE e Gerência de Controle e Execução Penal do IAPEN, 2018

Em 2019, foram notificados 145 casos de TB, onde 125 eram casos novos e 20 (13,8%) casos tratados anteriormente. Todos os municípios com Unidades Prisionais notificaram casos novos, somente nas Unidades Prisionais do município de Rio Branco foram notificados casos novos e tratados. Os casos tratados representaram 18,0% do universo notificado no município de Rio Branco. Também nesse mesmo município, foram notificados dois casos de tuberculose no sexo feminino, os 123 (77,2%) do sexo masculino estão distribuídos entre os municípios com (UP). A faixa etária de 40 anos ou mais prevaleceu com 13 casos (10,3%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos casos tratados (CT) e casos novos (CN) de tuberculose notificados na população privada de liberdade, segundo município das unidades prisionais, indicadores epidemiológicos e sociodemográficos, no Acre, em 2019

Variáveis/ Município/UPs	Total	CT (N. %)	CN (N.)	Casos Novos (CN)			
				Sexo		Faixa etária (anos)	
				M	F	18-39 (N. %)	≥40 (N. %)
Rio Branco	111	20 (18,0)	91	89	2	78	13 (14,3)
Sena Madureira	16	-	16	16	-	16	-
Cruzeiro do Sul	2	-	2	2	-	2	-
Sen. Guiomard	4	-	4	4	-	4	-
Tarauacá	12	-	12	12	-	12	-
TOTAL	145	20 (13,8)	125	123	2	112 (77,2)	13 (10,6%)

Fonte: SINAN, na base de dados da SESACRE e Gerência de Controle e Execução Penal do IAPEN, 2019

Os 105 casos novos de TB notificados em 2018 correspondem a uma taxa de incidência para a PPL do Acre de 1.695,7/100, com maior taxa nas UP de Rio Branco (2.088,4/ 100 mil) e a menor nas UP do município de Cruzeiro do Sul (374,1/100 mil). O registro de casos em retratamento ocorreu apenas nas de Rio Branco, representando 21,4% do total notificado no município. Quanto ao tratamento diretamente observado (TDO) 94,4% de todos os casos notificados foram acompanhados por esta estratégia e o encerramento por cura foi superior a 97% no estado (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos casos de Tuberculose notificados na população privada de liberdade nos municípios das unidades prisionais, segundo indicadores epidemiológicos e operacionais, no Acre, em 2018.

Municípios/UPs	Rio Branco	Sena Madureira	Cruzeiro do Sul	Sen. Guiomard	Tarauacá	Total
N. de internos	3687	513	802	607	583	6.192
N. Casos Novos TB	77	4	3	10	11	105
Taxa de incidência por 100 mil detentos	2.088,4	779,7	374,1	1.647,4	1.886,8	1.695,7
N. de casos em retratamento	21	-	-	-	-	1
% de casos de retratamento	21,4	-	-	-	-	16,7
Total de casos em tratamento diretamente observado (TDO)	91	4	3	10	11	119
% casos em tratamento diretamente observado (TDO)	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0	94,4
Situação dos encerramentos	99	4	3	10	11	127
% Cura	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0	97,6%
% Abandono	-	-	-	-	-	-
% Óbito por TB	-	-	-	-	-	-
% Óbito p/ Outras Causas	1,0	-	-	-	-	0,8%
% Transferências	-	-	-	-	-	-
% Pendente/ ignorado	2,0	-	-	-	-	1,6

Fonte: SINAN, na base de dados da SESACRE e Gerência de Controle e Execução Penal do IAPEN, 2018

Em 2019, foram notificados 125 casos novos, representando um coeficiente de incidência para o estado de 1.938,0/100 detentos, com maior

taxa na UP de Rio Branco (2.333,3/ 100 mil) e a menor em Cruzeiro do Sul (242,1/100 mil). O registro de casos em retratamento ocorreu apenas nas de Rio Branco, representando 18,2% do total notificado na respectiva UP.

Quanto ao tratamento diretamente observado (TDO), 73,1% de todos os casos notificados entre detentos foram acompanhados por essa estratégia. O menor percentual foi observado na unidade prisional de Senador Guiomard (50%), enquanto 100% dos casos foram acompanhados nas unidades de Cruzeiro do Sul e Tarauacá. Entre os 145 casos (novos e retratados), 87 foram encerrados. Neste universo, a mesma porcentagem (1,2%) correspondeu a óbitos por tuberculose e óbitos por outras causas, enquanto 3,5% dos casos foram de transferências. A cura representou 90,8% dos casos encerrados. Os detalhes podem ser encontrados na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos casos de Tuberculose notificados na população privada de liberdade nos municípios das unidades prisionais, segundo indicadores epidemiológicos e operacionais, no Acre, em 2019.

Municípios/ UPs*	Rio Branco	Sena Madureira	Cruzeiro do Sul	Sen. Guiomard	Tarauacá	Total
N. de detentos	3.900	543	826	516	665	6.450
N. casos novos TB	91	16	2	4	12	125
Taxa de incidência por 100 mil detentos	2.333,3	1.946,6	242,1	775,2	1.804,5	1.938,0
N. de casos em retratamento	20	-	-	-	-	20
% de casos de retratamento	18,2	-	-	-	-	16,0
N. de casos em tratamento diretamente observado (TDO)	80	10	2	2	12	106

% casos em tratamento diretamente observado (TDO)	72,0	62,5	100,0	50,0	100,0	73,1
Casos encerrados *	63	11	2	3	8	87
% Cura	92,0	100,0	50,0	100,0	100,0	90,8
% Abandono	1,6	-	-	-	-	1,2
% Óbito por TB	1,6	-	-	-	-	1,2
% Óbito p/ Outras Causas	1,6	-	-	-	-	1,2
% Transferências	3,2	-	50,0	-	-	3,5
N. casos pendentes/ ignorado	48	5	-	1	4	58

*Os percentuais foram calculados sobre os encerrados.

Fonte: SINAN, na base de dados da SESACRE e Gerência de Controle e Execução Penal do IAPEN, 2019

Discussão

Mesmo que as ações e atividades para o controle da tuberculose no Brasil estejam padronizadas, a situação dos indicadores epidemiológicos e operacionais da doença no sistema prisional do Acre deve ser conduzida considerando as especificidades de cada unidade prisional (como a estrutura física, o modelo de atuação para a reinserção social, a composição da equipe de saúde, a inserção ou não na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), o perfil socioeconômico dos detentos e a situação epidemiológica da tuberculose no município correspondente). Isso indica a necessidade de planejamentos específicos para cada contexto.

As notificações de casos aumentaram em torno de 20% de 2018 para 2019, enquanto a população privada de liberdade cresceu aproximadamente 4%, sendo

este aumento em todos os municípios, exceto em Senador Guiomard. O número de casos de TB declinou no município de Senador Guiomard e Cruzeiro do Sul.

A literatura recomenda para população de alta prevalência de tuberculose, para aumentar a detecção de casos nesta população, a busca ativa de SR, definido para a PPL como tosse de qualquer duração¹¹. A busca passiva se refere a detecção a partir da demanda espontânea, ou seja, a partir da PPL que procura o serviço de saúde prisional com sintomas associados à TB, especialmente a tosse⁴.

Para poder compreender o comportamento da doença na referida PPL seria necessário conhecer em que medida a busca ativa e a busca passiva de casos suspeitos foram realizadas, quantos sintomáticos respiratórios (SR) foram avaliados em cada uma das localidades (não foram avaliados nesta pesquisa) visto que diferentes condições ou situações podem interferir no comportamento da ocorrência de casos. Também as dificuldades operacionais específicas do sistema de segurança nos presídios limitam a realização de exames e muitas vezes os mesmos acabam não sendo feitos. A taxa de incidência de tuberculose na PPL no Acre, que já se apresentava elevada em 2018, se aproximou de 2.000,0/100 no último ano. Nas UP do município de Rio Branco a taxa de incidência foi 2.088,4/ 100 mil, as causas deste aumento podem ser explicadas pelo fato de que o município abriga o maior complexo prisional do estado, com uma taxa de ocupação de 141,82%, sendo a maior do Brasil. Além disso, há muitos presos estrangeiros, a maioria deles de países com elevada morbidade pela TB e pelo HIV/Aids. Neste contexto, para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose, é necessário considerar e adaptar-se aos diferentes idiomas e culturas presentes nas unidades prisionais. Além disso, mais de 70% dos detentos foram usuários de drogas ou álcool. Nas unidades prisionais de Rio Branco, a mobilidade dos presos é elevada, mesmo para novos ingressos, sem triagem na entrada ou saídas para atividades de reeducação, transferências para outras unidades prisionais ou alvarás de soltura, o que favorece a propagação da doença. A taxa de incidência na população geral no Brasil, em 2018, foi de 34,8 por 100 mil habitantes. No entanto, na população encarcerada, essa taxa

é duplicada em relação à população geral⁹. Neste mesmo ano, a incidência na população geral no estado do Acre foi 47,1/100 mil habitantes⁹, somente no município de Rio Branco foi 59,5 /100 mil habitantes. Na PPL foi 1.938,0/100 mil, superando em até 53 vezes os valores registrados na população geral.

Alguns estudos apontam que as taxas de incidência na população encarcerada superam as médias nacionais em até 81 vezes¹²⁻¹³, indicando que o controle da tuberculose continua uma prioridade negligenciada⁶. Seria relevante investigar em municípios como Cruzeiro do Sul, que apresentaram apenas três e dois casos novos diagnosticados em 2018 e 2019, respectivamente. Isso ajudaria a determinar se as ações de busca ativa ou passiva contínua estão sendo efetivamente implementadas, conforme protocolado. Aproximadamente 20% dos casos eram retratados, o que sinaliza alta frequência por interrupção no tratamento provavelmente decorrente de abandono dentro da UP, por interrupção do tratamento devido à fuga e novo ingresso no sistema prisional, devido à progressão de pena sem que os serviços consigam dar continuidade ao tratamento na prisão de destino, ou a recidiva esperada, recidiva por falta de confirmação laboratorial da cura, equívoco na alta por cura, tratamento insuficiente ou nova infecção e adoecimento. As taxas de retratamento nesta pesquisa foram maiores as registradas no Brasil no ano de 2018 que foi 14,08322,8%².

De acordo com Ruffino-Neto¹⁴, poucos estudos investigam a questão do retratamento, que representa um indicador importante para monitoramento do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT), pois permite identificar o desempenho do programa em relação ao resgate dos casos. Os retratamentos podem estar associados tanto a fatores organizacionais dos serviços como a fatores individuais¹⁵. Conhecer os fatores associados ao retratamento possibilita o aprimoramento das estratégias de controle, direcionando o tratamento e o acompanhamento, visando reduzir os desfechos desfavoráveis.

O tratamento diretamente observado (TDO) em mais de 70% dos casos evidencia um bom comprometimento dos profissionais da saúde e da segurança nas UP, de forma a garantir esta supervisão, o que vem ocorrendo nas UP do Acre em pelo menos três vezes na semana.

O TDO também se mostrou efetivo, visto que não ocorreu nenhum abandono em 2018 e apenas um registro em 2019. As frequentes transferências de PPL entre as UP são causa de interrupção do tratamento. No Acre existe um sistema de comunicação ágil entre os serviços de saúde do sistema penitenciário, onde o serviço de saúde prisional de origem comunica à coordenação de saúde do sistema penitenciário e ao serviço de saúde da UP receptora sobre a transferência do paciente³.

A taxa de cura na PPL do Brasil, entre 2007 a 2013, ficou abaixo de 74% e a taxa de óbito 1,4% ambas superiores às encontradas em nosso estudo¹⁶. Segundo os mesmos autores, os indicadores de cura de TB, abandono e óbito refletem a eficácia do tratamento, permitindo um diagnóstico situacional do fechamento da doença.

Conclusão

As taxas de incidência da TB mostraram-se extremamente elevadas na PPL tanto em nível geral quanto por Unidades Prisionais, com crescimento na maioria delas de 2018 para 2019. Este aumento pode estar refletindo o desempenho dos serviços na busca ativa de novos casos, maior oferta de diagnóstico, ações educativas voltadas à doença entre a PPL.

Apesar da avaliação de poucos indicadores, foi possível observar que os serviços atuaram com qualidade no acompanhamento dos casos em tratamento adotando o TDO com desfechos favoráveis acima de 90% dos casos.

A frequência maior de casos, entre homens e abaixo de 40 anos, pode estar relacionada com as características de cada UP.

Apesar das altas coberturas de casos em tratamento diretamente observado, resultando em excelentes taxas de cura, a taxa de incidência encontrada sinaliza um quadro epidemiológico grave e um alto risco de propagação da doença para os trabalhadores do sistema prisional, familiares e a população em geral.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Ministério da Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Boletim Epidemiológico. 2018;49(11).
3. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Relatórios de 2016. Departamento Penitenciário Nacional; 2017. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/relatorio_2016_2211.pdf. Acesso em: 15 out 2019.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
5. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 13 out 2019.
7. Vitti-Junior W. O controle da tuberculose nos presídios: atuação das equipes de saúde na região (DRS VI) de Bauru-SP. [tese de doutorado]. Universidade Estadual de São Paulo; 2012.
8. Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Contextos de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas prisões brasileiras. Rev Saúde Pública. 2015;49.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. 2019;50(09):2-12.
10. Diuana V, Lhuilier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(8):1887-9611.
11. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: <http://WHO/HTM/TB/2013.11>.
12. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis Incidence in Prisons: A Systematic Review. PLoS Med. 2010;7(12):e1000381.
13. Aerts A, Hauer B, Wanlin M, Veen J. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. Int J Tuberc Lung Dis. 2006;10(11):1215-23.
14. Ruffino-Netto A. Recidiva da tuberculose. J Bras Pneumol. 2007;33(5):xxvii-xxviii.
15. Oliveira HB, Moreira Filho DCM. Recidivas em tuberculose e seus fatores de risco. Rev Panam Salud Publica. 2000;7(4):233.
16. Macedo LR, Maciel ELN, Struchiner CJ. Tuberculosis in the Brazilian imprisoned population, 2007-2013. Epidemiol Serv Saúde. 2017;26(4).

MODELO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS UTILIZANDO A ESTRATÉGIA MULTIMODAL

Bernuarda Roberta de Oliveira Santos*

Laudicéia Marques de Santana Lima**

Marcelle de Barros e Silva Torres***

Thaís Moreira Estevão****

Vilma Costa de Macêdo*****

Introdução

As Infecções Hospitalares (IH) são um dos principais problemas dos serviços de saúde, uma vez que constituem um indicador da qualidade do cuidado ofertado. A sua redução é dependente da melhoria dos processos assistenciais, engajamento de gestores e trabalhadores de saúde. Elas impactam na evolução clínica do paciente, nos custos à instituição, propiciam o aumento da morbimortalidade e tem uma estreita relação com a segurança do paciente, pois são classificadas como eventos adversos (EA)¹.

Evento adverso é considerado um erro não proposital relacionado à prática de uma estratégia de ação como planejado ou executá-lo incorretamente. Portanto, não atribuídos à evolução natural da doença de base².

Neste contexto, no ambiente hospitalar, as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são um dos eventos adversos mais comuns na prestação de cuidados e um grande problema de saúde pública mundial com forte impacto na qualidade de vida. Os pacientes mais propensos de adquirir

* Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. bernuarda.oliveira@gmail.com

** Doutora em Ciências Sociais (UFCGH). Campina Grande (PB), Brasil. laudiceiafona@gmail.com

*** Enfermeira, Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife (PE), Brasil. marcelle.torres@upe.br

**** Enfermeira, Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Recife (PE), Brasil. thaís_me@yahoo.com.br

***** Professora Associada do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco. Recife (PE), Brasil vilmacmacedo@hotmail.com

as infecções hospitalares são aqueles internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), devido à presença de inúmeros fatores de risco tais como o uso de dispositivos invasivos, presença de microrganismos resistentes, uso de antimicrobianos de amplo espectro, dentre outros. Pesquisas demonstram que nestes ambientes, a incidência das infecções chega a ser 20% maior do que em outras unidades de atendimento^{3,4}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um em cada dez pacientes são afetados por IRAS, sendo mais recorrente a sua incidência nos países com mercado em desenvolvimento, onde o risco de contrair infecções é quatro vezes maior. Recentemente, um estudo europeu apontou que aproximadamente 6,8% dos pacientes internados adquirem, pelo menos, uma infecção relacionada aos cuidados de saúde^{5,6}.

No cenário brasileiro, cerca de 720 mil pessoas por ano são infectadas nos hospitais; destas, 20% evoluem para óbito. Nas UTIs, as taxas de infecções variam entre 5% a 35%, com uma mortalidade associada de 9% a 38%, alcançando 60% como causa direta do óbito, a depender da população atingida⁷.

Dentre as medidas preconizadas no controle das IRAS, a higiene das mãos (HM) merece destaque e tem demonstrado a sua extrema importância por ser uma prática simples. Possui impacto significativo e eficácia, sobretudo no custo-benefício para evitar a disseminação e interromper a transmissão dos patógenos, reduzindo, assim, o impacto das doenças provenientes dos microrganismos^{8,9}.

Higienizar as mãos para evitar infecções é uma das seis metas internacionais propostas pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que tem como finalidade oferecer uma assistência segura. Nesse sentido, no âmbito nacional foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria GM/MS n.º 529/2013, que objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional¹⁰.

No mesmo ano, a Portaria GM/MS n.º 1.377 aprovou protocolos básicos de segurança do paciente como instrumentos para implantação das ações, no qual incluem diretrizes de higiene das mãos (HM). A finalidade principal foi instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde com

o intuito de prevenir e controlar as IRAS, visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e todos envolvidos nos cuidados aos pacientes¹⁰.

As mãos são consideradas ferramentas principais dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois é por meio delas que são executadas as atividades. A contaminação das mãos pode ocorrer durante o contato direto com o paciente ou por meio indireto, com produtos e equipamentos ao seu redor, como bombas de infusão, barras protetoras das camas e estetoscópio, dentre outros¹¹.

Estudos sobre a recente pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) descoberta em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, demonstrou a presença do patógeno nas superfícies de objetos em enfermarias e banheiros de pacientes em isolamento com a covid-19. Com o propósito de conter a proliferação do vírus, a OMS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e órgãos governamentais da saúde consideram a higiene das mãos como uma das ações integradoras das atividades de prevenção de infecção. Isso ocorre porque existem evidências científicas que comprovam que a HM pode reduzir significativamente o risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2 na sociedade e nos serviços de saúde^{12,13}.

A OMS (2009) propõe que esta prática seja incentivada em qualquer unidade de saúde, independente dos recursos disponíveis. Para isso, indica os cinco momentos para HM: (I) antes de contato com paciente; (II) antes da realização de procedimento asséptico (como inserção de cateteres ou administração de medicamentos endovenosos); (III) após risco de exposição a fluídos corporais (como sangue, saliva ou suor); (IV) após contato com paciente e/ou (V) após contato com as áreas próximas ao paciente (mobiliário, maçanetas, bombas de infusão ou qualquer superfície nas proximidades do paciente)¹⁴. Estima-se que a prática de higienização das mãos nos cinco momentos recomendados apresenta uma taxa de 15% a 50% de adesão por parte dos profissionais, sendo a prática negligenciada, mesmo em condições favoráveis para sua execução¹⁵.

Um estudo de Souza *et al.* (2015), verificou que entre os profissionais de saúde, os fisioterapeutas (53,5%) foram os profissionais de maior adesão à

prática nos procedimentos observados, sendo que 95 (48%) água e sabão e 11 (5,5%) utilizaram álcool spray. Em contrapartida, os técnicos de enfermagem tiveram menor adesão (29,8%), com 43(21,7%) água e sabão e 16 (8,1%) utilizando álcool spray. Enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos tiveram adesão inferior a 50% nas condutas observadas. Os resultados do estudo são preocupantes e revelaram que a adesão a HM na indicação, antes de procedimento asséptico, não ocorreu em 81,6% das situações¹⁶.

Fatores apontados para a baixa adesão já foram publicados, tais como: falta de tempo, sobrecarga de atividades, esquecimento, desconhecimento, ausência de pias próximas, falta de insumos, desestímulo, reações cutâneas, falta de conhecimento sobre a importância das mãos na transmissão de patógenos, preferências individuais ou hábitos, crenças pessoais e mitos^{16,17,18,19,20}.

O guia para a implementação da estratégia multimodal para a melhoria da higiene das mãos foi desenvolvido baseado em evidências científicas. Possui uma gama de ferramentas prontas para serem utilizadas e envolve cinco componentes essenciais a serem desenvolvidos pelas unidades de saúde: mudança de sistema, formação e educação, avaliação e retroalimentação, lembretes no local de trabalho e clima de segurança institucional; sendo considerado o método mais confiável para oferecer melhorias sustentáveis para assegurar a HM em todo mundo¹⁴.

A Organização Mundial de Saúde, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), vêm promovendo campanhas, elaborando diretrizes e estratégias, visando otimizar o indicador de adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos e a melhoria da qualidade do cuidado entre os profissionais da saúde²¹.

Um estudo nacional demonstrou aumento da adesão à prática da higiene das mãos após a implantação da estratégia multimodal. Em 812 observações de oportunidades para a HM antes e 707 observações realizadas após implantação, a adesão foi de 28% antes da intervenção e aumentou para 62% após a intervenção. A adesão antes da intervenção era de 23% entre os médicos e passou a ser 59% e entre os enfermeiros, houve um aumento para 74% comparando com dados anteriores que estavam em apenas 39%²².

Assim sendo, diante de resultados positivos obtidos no âmbito nacional, este trabalho teve como objetivo propor um modelo de intervenção com a incorporação das ações da estratégia multimodal da OMS, envolvendo os gestores e equipe assistencial de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital universitário.

Método

Trata-se de um projeto de intervenção que consiste em uma proposta de ações planejadas a partir da identificação de problemas, necessidades e fatores determinantes, preocupando-se em gerar mudança e desenvolvimento a serem implementados na Unidade de Terapia Intensiva para Adultos, referência em doenças infectoparasitárias de um hospital universitário²³.

O hospital do estudo possui 508 leitos, atendendo uma clientela 100% de pacientes SUS, por meio de uma demanda espontânea e referenciada. Detêm tecnologia e ação assistencial em procedimentos de alta complexidade por meio de atendimentos ambulatoriais, internamentos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo referência Norte-Nordeste no tratamento de doenças infectoparasitárias, oncologia clínica e cirúrgica, cirurgia bariátrica, transplante hepático.

O ambiente de estudo possui dez leitos ativos, que são isolados a cada dois leitos por divisórias independentes, exceto um que fica em um quarto de isolamento. No que se refere à estrutura física para HM, o setor possui duas pias no posto de enfermagem, no centro da UTI, uma pia no quarto de isolamento e outra no expurgo. Todas dispõem de dispensadores para sabão líquido e suporte para papel toalha, exceto a do expurgo com acionamento manual.

A profundidade de todas as pias é adequada, possibilitando a realização da técnica. Os dispensadores de álcool em gel a 70% estão distribuídos em todos os boxes e no posto de enfermagem. A unidade atende a regulamentação da RDC 50/2002²⁴.

Serão constituídos pela equipe multiprofissional de nível superior e médio entre eles: médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos,

nutricionistas, técnicos em radiologia e técnicos de laboratório, distribuídos nos plantões diurnos e noturnos. Serão considerados como critérios de exclusão: os funcionários em férias, licenças e afastamentos de qualquer natureza.

As linhas de ação propostas neste projeto de intervenção são divididas em cinco etapas:

A **primeira etapa** (mudança de sistema): busca-se estabelecer em conjunto com a administração as adaptações necessárias em termos de infraestrutura e suprimentos para garantir a HM: como instalação de pias, dispensadores de sabão e papel toalha, bem como disponibilização de sabão líquido e álcool em gel.

A **segunda etapa** (pré-avaliação): mensurar a taxa de adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde antes da intervenção através da utilização de um instrumento adaptado do manual para observadores da OMS. Isso será realizado durante uma semana, abrangendo os plantões diurnos e noturnos, com uma duração de duas horas por turno²⁵. O preenchimento do instrumento será realizado com base nas indicações para HM por categoria profissional, no qual se assinala com um “X” a presença do item de avaliação quando realizado, como também o momento da higienização. O preenchimento é feito de acordo com a tabela de correspondência contendo a descrição das indicações para HM em cada momento: antes do contato com o paciente (antes de contato direto); antes de realizar procedimentos assépticos (antes do manuseio de dispositivos invasivos, estando ou não com luvas; em mudança de sítios corpóreos); após risco de exposição a fluidos corporais (depois de contato com fluidos ou excreções, pele não intacta, membrana mucosa, curativos de lesões; ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo; após retirar as luvas); após contato com o paciente (depois de contato direto com os pacientes; depois de remoção de luvas); após contato com as áreas próximas ao paciente (depois de contato com objetos e superfícies, inclusive equipamentos; depois de retirar as luvas). O pesquisador fará a observação direta dos profissionais que realizam a HM por um período de duas horas consecutivas das atividades laborais. Cabe salientar que o foco central deste

projeto de intervenção será avaliar a adesão e o produto de escolha, se água e sabão ou álcool a 70% em gel, além de observar a técnica realizada e a retirada ou não de adornos.

Terceira etapa (planejamento): a partir das observações, serão realizadas reuniões para levantamento das barreiras que comprometem a adesão a HM. A proposta será envolver a equipe assistencial em um planejamento para execução das ações de melhoria, visando maior engajamento e participação da equipe com a assinatura de um termo de compromisso. Também fará parte desta etapa a elaboração e o desenvolvimento de materiais educativos de acordo com os guias da OMS: como adesivos, cartazes e panfletos, para serem utilizados também durante abordagem *in loco*, demonstrando a técnica correta de higienização simples das mãos e da fricção antisséptica, o tempo mínimo recomendado e as indicações para higienização das mãos, próximo às pias e dispensadores. Outros cartazes de promoção à higiene das mãos serão afixados em locais estratégicos (ambiente próximo ao paciente, locais de preparo de medicamentos, entre outros) e entregues aos profissionais de saúde. Também será distribuído um frasco de álcool gel a 70% para o uso individual.

Quarta etapa (formação): utilizando metodologias ativas, os profissionais de saúde serão convidados a vivenciar quatro sessões de aprendizagem, em pequenos grupos (cinco pessoas) *in loco*, com duração de 20 minutos uma vez por semana nos três turnos durante um mês e com agendamento prévio, nas quais serão aplicados testes de pré e pós-capacitações para avaliação do aproveitamento das abordagens formativas. Haverá estímulos para compartilhar o conhecimento prévio, a partir de situações vivenciadas, contribuindo para a construção do aprendizado coletivo sobre a técnica de higienização das mãos (passo a passo e duração do procedimento) e os momentos em que o procedimento deve ser realizado. Esse momento será oportuno para fortalecer a relação de trabalho, favorecendo o clima de segurança neste setor. Contaremos ainda com a criação de cenário de simulação realística, no qual serão criados momentos da assistência ao paciente e onde o profissional participante realizará as ações da assistência, incluindo a HM.

Quinta etapa (reavaliação): será realizada observação direta da prática de HM, por meio do instrumento e da técnica descrita na segunda etapa, nos plantões diurno e noturnos durante um mês, duas horas por turno. Será verificado qual dos cinco momentos possui maior adesão, qual o produto mais utilizado, se álcool a 70% em gel ou água e sabonete líquido e, por fim, a categoria profissional que mais adere a esta prática. O monitoramento se dará mensalmente, os dados obtidos serão divulgados e discutidos em conjunto com os indicadores de processo (taxa de adesão à higiene das mãos) e de resultado (taxa de densidade de incidência das IRAS) a fim de identificar as oportunidades de melhoria. Serão implementadas ações baseadas nas necessidades identificadas pela equipe, as quais serão abordadas em colaboração com as lideranças. Serão agendadas apresentações à equipe multiprofissional, realizadas na Unidade de Terapia Intensiva a ser avaliada. Nestas reuniões, serão explicados os objetivos do estudo e sua importância na melhoria da assistência e redução das infecções neste ambiente. O convite à participação ao referido estudo será realizado nos intervalos de trabalho da Unidade de Terapia Intensiva, considerando momentos mais propícios para apresentação. Considerando que o trabalho proposto é um projeto no momento não se faz necessário a aprovação do Comitê de Ética. No entanto, o mesmo obteve autorização institucional para sua construção.

Posteriormente, durante a execução do projeto de intervenção mencionado, ele será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, buscando a aprovação para seu desenvolvimento, em conformidade com os princípios éticos. Isso incluirá uma consideração cuidadosa da perspectiva tanto dos indivíduos envolvidos quanto das comunidades afetadas, garantindo a adesão aos quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Essa abordagem está alinhada com a Resolução n.º 466/2012²⁶.

Resultados

Por meio desta intervenção, nossa intenção é identificar o percentual de adesão à higienização das mãos pela equipe multiprofissional antes e após a implantação, utilizando observação direta. Além disso, vamos analisar o

momento e a categoria profissional com maior conformidade. Também vamos avaliar o produto mais utilizado pelos profissionais observados, se é água e sabão ou álcool em gel. Além disso, pretendemos avaliar a eficácia das ações educativas utilizando metodologias ativas. Posteriormente, será construído um plano de ação para subsidiar a equipe que integra o serviço, contribuindo na tomada de decisão das próximas ações realizadas pela instituição, no que se refere ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Esperamos ainda proporcionar aos gestores aprimoramento de conhecimento técnico para embasar as ações relacionadas à prevenção e à redução da incidência de IRAS, uma vez que as falhas no cumprimento das normas institucionais comprometem a segurança e a qualidade da assistência ao paciente.

A proposta do plano de intervenção tem o intuito de possibilitar aos profissionais e gestores a reflexão dos processos de trabalho e implementar ações de melhoria com a equipe multiprofissional, de forma a repercutir positivamente nas taxas de adesão à HM e redução das IRAS, considerando os elementos-chave propostos pela Estratégia Multimodal para Melhoria da Higiene das Mãos da OMS.

Nesse contexto, a intervenção proposta, demonstra ser uma excelente estratégia que pode ser incorporada às ações já estabelecidas nas unidades de saúde e que as medidas aqui demonstradas poderão contribuir para o desenvolvimento das melhorias voltadas para a prática assistencial. O objetivo é aprimorar a prática baseada em evidências científicas aliando a teoria à prática, transformando a realidade local e sendo possível a reprodução para outros setores e instituições. Além disso, acreditamos que os hospitais universitários são ambientes propícios para o desenvolvimento dessas atividades, por terem como missão a integração entre o ensino, a pesquisa e assistência, com a possibilidade de mudança.

Conclusão

Ao longo do tempo, as ações de implementação da prática de higiene das mãos, alicerçadas pela estratégia multimodal da OMS, vêm demonstrando

eficácia e sustentabilidade na melhoria da adesão à HM e, principalmente, quando utilizados todos os componentes de forma adequada, articulada e interdependente.

No entanto, os desafios para o desenvolvimento de uma cultura de segurança sólida são imensos e para que uma estratégia seja efetiva e duradoura se faz necessário o tripé: gestão, com o envolvimento da equipe e estabelecimento de metas; educação, e monitoramento com *feedback* aos profissionais. Contudo, sabemos que diversos fatores interferem negativamente na adesão, embora haja o estímulo e a reflexão para melhoria desta prática no serviço.

Garantir o apoio da gestão na aplicabilidade de projetos de intervenção que visem à melhoria do serviço proporciona um ganho significativo para uma assistência segura ao usuário de saúde. O incentivo à participação dos profissionais em ações de educação continuada permite a execução de uma assistência pautada em evidências científicas e, conseqüentemente, minimizam os riscos assistenciais.

Esperamos, assim, que o processo de implementação do modelo de intervenção proposto possa fortalecer a prática adequada de HM e reconhecer as oportunidades para os cinco momentos sugeridos, contribuindo para que os profissionais dos serviços de saúde tenham uma prática mais segura para si e para o paciente, fortalecendo a cultura de segurança.

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA; 2017.
2. Pena MM, Melleiro MM. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre o modelo para transição do cuidado. Rev Enferm UFSM. 2018;8(3):616-25.
3. Cornejo-Juárez P, Vilar-Compte D, García-Horton A, López-Velázquez M, Ñamendys-Silva S, Volkow-Fernández P. Hospital-acquired infections at an oncological intensive care cancer unit: differences between solid and hematological cancer patients. BMC Infect Dis. 2016;16:274.
4. Ribeiro LS. Adesão dos profissionais de Unidade de Terapia Intensiva à prática de higiene das mãos: avaliação à luz da estratégia multimodal da Organização Mundial de Saúde. [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.
5. Derhun FM, Souza VS, Costa MAR, Hayakawa LY, Inoue KC, Matsuda LM. Uso de desinfetante para as mãos à base de álcool para a higiene das mãos. Rev Enferm UFPE on line. 2018;12(2):320-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23095>. Acesso em: 2 jun. 2020.

6. Silva BR, Carreiro MA, Simões BFT, Paula DG. Monitoramento da adesão à higiene das mãos em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e33087.
7. Watanabe EM, Almeida VF, Ottunes AF. Impacto das infecções relacionadas à assistência à saúde em pacientes acometidos por trauma. *Semin Ciênc Biol Saúde*. 2015;36(1):89-98.
8. Trannin KPP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. *Cogit Enferm*. 2016;21(2):01-7. Disponível em: <http://revistas.ufr.br/cogitare/article/view/44246/28015>. Acesso em: 25 abr. 2020.
9. Organização Panamericana de Saúde. Recomendações aos Estados-Membros sobre melhorias nas práticas de higienização das mãos para ajudar a prevenir a transmissão do vírus causador da doença COVID-19. Orientação provisória de 1 de abril de 2020.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA; 2013.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente. Higienização das mãos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013.
12. Organização Pan-americana de Saúde. Brasil: OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - COVID-19 [Internet]. Organização Mundial da Saúde; 2020 [acesso em 21 jul 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
13. Kratzel A, Todt D, V'kovski P, Steiner S, Gultom ML, Thao TTN, et al. Efficient inactivation of SARS-CoV-2 by WHO-recommended hand rub formulations and alcohols. *bioRxiv*. 2020.
14. Organização Mundial da Saúde. Guia para implementação: um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2009.
15. Oliveira AC, Paula AO, Gama CS, Oliveira JR, Rodrigues CD. Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Enfermagem UERJ*. 2016;24(2):e9945.
16. Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(4):21-8.
17. Prado MF, Oliveira ÂCJ, Nascimento TMB, Melo WA. Estratégia de Promoção à Higienização das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012;11(3):557-64.
18. Bathke J. Infraestrutura e Adesão à Higiene das Mãos: Desafios à Segurança do Paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):78-85.
19. Mota EC. Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2014;4.
20. Oliveira FJG. Avaliação das práticas de adesão à higiene das mãos relacionadas com linhas vasculares em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Vigil Sanit Debate*. 2015;3(4):55-61.
21. Ribeiro LS. Adesão dos profissionais de Unidade de Terapia Intensiva à prática de higiene

das mãos: avaliação à luz da estratégia multimodal da Organização Mundial de Saúde [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.

22. Mendes FMR, Freitas FTM, Araújo AFOL, Padovani TMSJ. Sucesso na Melhoria da Higienização das Mãos em um Hospital Materno Infantil. *J Infection Control*. 2013;2(3):150-2.
23. Schneider DR. Caderno de orientações para o projeto de intervenção: curso prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 1ª ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC; 2014.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de EAS. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual do observador: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2008.
26. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União. 2013 jun 13.

ÓBITOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DESIGUALDADE DE GÊNERO NO MUNICÍPIO DE MACAÉ, RIO DE JANEIRO

Camila dos Santos Moreira de Souza*
Élida Azevedo Hennington**

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortes no Brasil e no mundo, sendo esta constatação verdadeira entre os homens e entre as mulheres^{1,2}. No município de Macaé, estado do Rio de Janeiro, a mesma situação é verificada.

Considerando a relevância das DCV em nosso meio e reconhecendo a necessidade e a importância do conhecimento e compreensão dos registros epidemiológicos disponíveis, visando uma atuação mais efetiva em questões de maior repercussão na saúde da população, o Serviço de Cardiologia da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Macaé, do qual participo da coordenação, vem coletando os dados mais recentes de mortalidade do município, observando e analisando suas tendências, na perspectiva de contribuir para a elaboração de políticas de saúde que possam modificar a atual situação.

Em 2018, 24,8% dos óbitos ocorridos entre os residentes do município foram decorrentes de DCV. Esta proporção, embora elevada, vem em redução, quando comparados os últimos três anos. De forma semelhante, houve progressiva diminuição deste percentual entre os homens. Entretanto, esse comportamento não foi verificado no sexo feminino³.

* Especialista em Gestão em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. moreiracsouza@gmail.com

** Professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. elidahennington@gmail.com

A despeito desta preocupante realidade, a sociedade em geral, inclusive as mulheres, não reconhecem as repercussões das DCV na saúde feminina. Conseqüentemente, mulheres têm dificuldades para avaliar o grau de risco em que se encontram, muitas vezes subestimando a probabilidade de desenvolverem doenças e desfechos desfavoráveis de origem cardiovascular⁴⁻⁶.

A situação-problema identificada pela equipe que integro e que deu origem ao trabalho de intervenção descrito neste capítulo derivou da detecção de desigualdade na tendência de proporção de óbitos por DCV entre homens e mulheres no município de Macaé, quando analisados os anos de 2016, 2017 e 2018.

Espera-se que o projeto proposto possa ser um instrumento efetivo na perspectiva de redução do impacto das DCV na saúde da mulher macaense.

Objetivos

Objetivo geral

Reduzir o número de mortes por DCV entre as mulheres residentes no município de Macaé, Rio de Janeiro.

Objetivos específicos

- Analisar os dados de mortalidade por DCV em Macaé;
- Agrupar os problemas afins e identificar as causas por meio da técnica de Grupo Nominal, possibilitando a geração de ideias em grupo, sua síntese e a eleição daquelas mais viáveis;
- Realizar ação gerencial de capacitação de profissionais da saúde e conscientização da população;
- Contribuir com a elaboração de políticas públicas de saúde comprometidas com a prevenção e o controle das DCV e seus fatores de risco (FR) nas mulheres.

Metodologia

O presente trabalho consiste em um projeto de intervenção derivado da constatação de um comportamento desfavorável relacionado a gênero, ao ser estudado o perfil epidemiológico de mortalidade por origem cardiovascular no município de Macaé.

Para a identificação do problema, foi realizada análise dos dados locais de mortalidade por origem cardiovascular, nos últimos três anos, na população geral de residentes no município e, a seguir, analisou-se o comportamento desta mortalidade, segmentado por sexo. Constatado o problema e seus descritores, foi realizado um *brainstorming*, a seguir o agrupamento dos problemas afins e, por meio da técnica de Grupo Nominal, foram eleitas suas possíveis causas. A partir de então, foram determinadas as causas críticas, ou seja, aquelas sobre as quais a equipe tivesse governabilidade, permitindo ação gerencial, com foco na conscientização e efetiva sensibilização das mulheres a respeito do impacto das DCV e dos FR em sua saúde; e ainda na capacitação dos profissionais de saúde a respeito das peculiaridades das manifestações de DCV entre as mulheres.

Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema, subsidiando o referencial teórico apresentado e justificando a relevância da proposta¹⁻⁶.

Resultados

O projeto de intervenção

O município de Macaé localiza-se ao noroeste do estado do Rio de Janeiro, distante 180 quilômetros da capital, com 1.215,9 km² e 251.631 habitantes estimados em 2018. O projeto proposto neste capítulo descrito é uma iniciativa da equipe de coordenação da cardiologia da Secretaria Municipal de Saúde, após análise dos dados mais recentes de mortalidade geral e específica por DCV, em homens e mulheres residentes do município.

Descrição da situação-problema

Em Macaé, no ano de 2018, as DCV foram responsáveis por 24,8% dos óbitos por todas as causas entre os residentes do município, ocupando o 1º lugar dentre todas as causas de óbito. Esta proporção foi de 27,6% em 2016 e de 27,4% em 2018. Em consonância com a redução proporcional observada na população geral de residentes do município, houve diminuição desta proporção entre os homens residentes. Entre eles, os óbitos em 2018 corresponderam a 23,1% dos óbitos totais, havendo, na análise dos últimos três anos, tendência de decréscimo (23,1% em 2018, 24,9% em 2017 e 28,6% em 2016). Já entre as mulheres, esta proporção é maior, não sendo clara uma evolução de redução. Detectou-se que, em 2018, 27,1% dos óbitos entre as mulheres foram decorrentes de DCV, sendo este percentual de 31% em 2017 e 26,2% em 2016.

A análise dos dados absolutos de óbitos por DCV entre homens e mulheres no mesmo período permitiu a verificação de um aumento importante desta proporção: em 2016, a cada 5 homens mortos por DCV, 3,18 mulheres morreram por esta razão. Em 2017, esta proporção foi de 4,26 mulheres para cada 5 homens. Em 2018, 4,53 mulheres para cada 5 homens.

Deste modo, verifica-se que o óbito por DCV em pacientes do sexo feminino vem apresentando importância crescente, sendo relevante o impacto das DCV na saúde das mulheres.

Tabela 1. Percentual de óbitos por DCV em relação aos óbitos por todas as causas, entre os residentes do município de Macaé, por ano e por sexo

Ano	População geral	Homens	Mulheres
2016	27,6%	28,6%	26,2%
2017	27,4%	24,9%	31,0%
2018	24,8%	23,1%	27,1%

Fonte: Dados Vitais. Divisão de Informação e Análise de Dados. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Macaé. Acesso em 2019.

Tabela 2. Razão entre os óbitos por DCV de mulheres residentes do município de Macaé, a cada cinco homens mortos por DCV, por ano

Ano	Mulheres mortas a cada cinco homens mortos por dcv
2016	3,18
2017	4,26
2018	4,53

Fonte: Dados Vitais. Divisão de Informação e Análise de Dados. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Macaé. Acesso em 2019.

A observação da diferença na proporção de óbitos por DCV entre homens e mulheres na cidade de Macaé mostrou-se útil no sentido de chamar a atenção para a importância deste agravo no gênero feminino, pois a morte prematura de mulheres por doenças do aparelho circulatório pode ser evitada ou postergada com cuidados preventivos simples e medidas terapêuticas facilmente acessíveis. O diagnóstico tardio e a não valorização de aspectos clínicos, cuja manifestação atípica é muito peculiar ao público feminino, podem estar associados a esse dado, o que deve ser modificado, motivando ações gerenciais. Não priorizar este tema de forma oportuna concorre para a elevada letalidade feminina, para o comprometimento da qualidade de vida, além dos altos custos sociais e para o sistema de saúde. O alerta, a prevenção e o tratamento adequado dos fatores de risco e das doenças cardiovasculares nas mulheres podem contribuir para reverter essa grave situação, o que deve ser motivo de estudos, sobretudo objetivando implementar políticas públicas voltadas para a saúde da mulher que abordem e modifiquem esta questão.

Explicação ou análise da situação-problema

A mortalidade crescente por DCV em pacientes do sexo feminino no município de Macaé foi atribuída às seguintes condições, após realização do *brainstorming*:

- Modificação do estilo de vida, com adoção de hábitos nocivos, como má alimentação, sedentarismo (com consequentes sobrepeso/

obesidade), tabagismo, além da sobrecarga e do estresse gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, com excesso de responsabilidades e atribuições, predispondo ao desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, entre outros, importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças do aparelho circulatório. Demais aspectos também ganham destaque no contexto feminino, como a competitividade, o assédio sofrido, o escasso tempo disponível para lazer e convivência com familiares e amigos, a crescente sobreposição de distúrbios de ansiedade, pânico e depressão, agravando o processo de adoecimento da mulher;

- Dificuldade de acessar os serviços de saúde, justificada pelas jornadas duplas e até triplas (trabalho, cuidado com os filhos e com o lar), sendo muitas vezes responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado da saúde dos filhos e demais familiares. Elevam-se os níveis de estresse o que, somadas às questões descritas no item anterior, comprometem a saúde cardiovascular. Parcela significativa do tempo da mulher é gasto em atividades não remuneradas em seu domicílio, o que acaba por comprometer o acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde e à informação;
- Falta de consciência, por parcela considerável das mulheres, da importância do autocuidado, de serem evitados os fatores de risco, suas formas de prevenção, da vigilância, do diagnóstico precoce, dos cuidados adicionais, do acompanhamento e adequado tratamento das condições relacionadas à saúde cardiovascular;
- Ausência de políticas públicas de saúde efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCV e seus fatores de risco, especificamente nas mulheres, que enfatizem a problemática da DCV na mulher, assim como de ações articuladas voltadas para o público feminino, que promovam e incentivem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, conduzindo a uma abordagem integral da saúde

da mulher com vistas à promoção da saúde, prevenção e controle de agravos, ampliando o enfoque de saúde até então priorizado, com ênfase restrita à saúde sexual e reprodutiva, rompendo esta fronteira e alcançando todos os aspectos da saúde da mulher, em todos seus ciclos de vida;

- Ausência de estratégias continuadas de educação e comunicação em saúde sobre as DCV e seus fatores de risco no âmbito dos serviços e da comunidade, em articulação com associações comunitárias, organizações não governamentais e movimentos populares.
- Ausência de ações para alertar os profissionais de saúde a respeito da evolução epidemiológica verificada, das peculiaridades das manifestações das DCV entre as mulheres, da necessidade de enfatizar essas questões nas abordagens diárias às pacientes, disseminando a informação que propicie o conhecimento, a percepção e a consciência das mesmas sobre o tema.
- Campanhas escassas para alertar as mulheres sobre a importância da doença cardiovascular em sua condição de saúde, sensibilizando-as de forma efetiva, uma vez ser urgente a necessidade de conscientizar o público feminino a respeito desta questão.

Analisadas as causas elencadas, foram então agrupadas considerando-se as causas afins e, de acordo com o grau de governabilidade das ações, por meio da técnica de Grupo Nominal, foi identificado como causa crítica que poucas são as campanhas para alertar as mulheres sobre a importância da DCV em sua condição de saúde e que as sensibilizem de forma efetiva, assim como aos profissionais de saúde envolvidos nas ações de prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação das DCV nas mulheres e de seus fatores de Risco. Tal constatação é ratificada pela ausência de políticas públicas de saúde efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCV e seus fatores de Risco nas mulheres.

Programação das ações

Considerando como prioritária a necessidade de sensibilizar e conscientizar o público feminino a respeito da importância da DCV em sua condição de saúde, esforços serão realizados no sentido da implementação de políticas públicas de saúde efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências, em um trabalho de cooperação entre a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família, o Programa de Saúde da Mulher, o Programa de Doenças Crônicas não transmissíveis e o Serviço de Cardiologia, com vistas à educação em saúde, prevenção e controle das DCV e seus FR nas mulheres.

Matriz de programação das ações

Situação-problema: aumento das DCV entre as mulheres no município de Macaé (RJ)

Descritor:

- Tendência de aumento da proporção de óbitos por DCV em mulheres residentes no município de Macaé (RJ) na análise dos anos de 2016, 2017 e 2018 (26,2%, 31% e 27,1%, respectivamente, enquanto na população geral e entre os homens houve redução).
- Aumento do número de mulheres mortas para cada 5 homens mortos por DCV, nos anos de 2016, 2017 e 2018, no município de Macaé (RJ) (3,18; 4,26 e 4,53, respectivamente).

Indicador:

- Proporção de óbitos por DCV entre mulheres.

Meta:

- Redução de 5% na proporção de óbitos por DCV entre mulheres em 5 anos.

Causa crítica 1: falta de campanhas educativas e de sensibilização das mulheres sobre a importância de prevenção das DCV, diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento adequados, corroborado pela ausência de políticas públicas de saúde efetivas que enfatizem essas questões.

Quadro 1. Síntese do plano de enfrentamento da Causa Crítica 1

AÇÕES	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Divulgação das informações sobre DCV em mulheres para sensibilização dos gestores envolvidos.	Humanos Físicos: sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta.	Informações divulgadas e gestores sensibilizados (gerente em saúde, coordenadora das vigilâncias em saúde, coordenadora da enfermagem e secretária municipal de saúde).	Junho/2019.	Coordenadora do serviço de cardiologia.
Solicitação de apoio aos gestores para o desenvolvimento de projetos e ações educativas sobre DCV	Humanos Físicos: sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta.	Apoio solicitado aos gestores.	Junho/2019.	Coordenadora do serviço de cardiologia
Reunião com o vereador e presidente da Comissão Municipal de Saúde da Câmara, demonstrando a mobilização nacional já iniciada e capitaneada pela SBC, visando o melhor controle das doenças cardiovasculares nas mulheres e sua implantação no município.	Humanos Físicos: sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta.	Reunião realizada.	Julho/2019.	Coordenadora do serviço de cardiologia

<p>Proposição ao vereador e presidente da Comissão Municipal de Saúde da Câmara a criação do Dia de Conscientização das Doenças Cardiovasculares na Mulher, a exemplo da Lei Federal 1136/2019, aprovada em agosto/2019 na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, a ser celebrado no dia 14 de maio.</p>	<p>Humanos Físicos: Sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta</p>	<p>Proposta realizada.</p>	<p>Agosto/2019.</p>	<p>Coordenadora do serviço de cardiologia</p>
<p>Reunião com integrante da diretoria da SBC, visando conhecer, contribuir e participar dos projetos que a sociedade vem desenvolvendo com o objetivo de reduzir o impacto das doenças cardiovasculares nas mulheres.</p>	<p>Humanos Físicos: sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta.</p>	<p>Reunião realizada.</p>	<p>Agosto/2019.</p>	<p>Coordenadora do serviço de cardiologia.</p>
<p>Reunião com funcionária da Secretaria de Saúde responsável pela criação e confecção de cartazes, folders e panfletos, que alertem as mulheres a respeito do impacto das doenças cardiovasculares e da necessidade do ótimo controle dos fatores de risco.</p>	<p>Humanos Físicos: sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta.</p>	<p>Reunião realizada.</p>	<p>Setembro/2019.</p>	<p>Coordenadora do serviço de cardiologia.</p>

Reunião com equipe responsável por criação de estratégias de divulgação da campanha.	Humanos Físicos: Sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta	Reunião realizada.	Fevereiro/2020.	Coordenadora do serviço de cardiologia.
Lançamento da campanha.	Humanos Cognitivo Econômico Físicos: mesas, cadeiras, painéis, estandes, papel próprio para divulgação, computador, impressora.	Campanha lançada.	Março/2020.	Secretaria Municipal de Saúde.
Celebração do Dia de Conscientização das Doenças Cardiovasculares na Mulher.	Humanos Cognitivo Econômico Físicos: mesas, cadeiras, painéis, estandes, papel próprio para divulgação, computador, impressora.	Dia celebrado.	Maió/2020.	Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Causa crítica 2: falta de capacitação de profissionais de saúde sobre prevenção de fatores de risco, abordagem e tratamento das DCV

Quadro 2. Síntese do plano de enfrentamento da Causa Crítica 2

AÇÕES	RECURSOS NECESSÁRIOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Divulgação das informações aos cardiologistas da rede, alertando sobre a necessidade de uma atuação mais enfática na abordagem, orientação e tratamento das mulheres atendidas.	Humanos Físicos: sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta.	Informações divulgadas aos cardiologistas da rede.	Junho/ 2019.	Coordenadora do Serviço de Cardiologia

Divulgação das informações à coordenadora do Programa de Saúde da Mulher, visando capacitar as equipes que trabalham nos Núcleos de Saúde da Mulher para rastreio, ênfase e alerta às mulheres atendidas.	Humanos Físicos: sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta.	Informações divulgadas à coordenadora do Programa de Saúde da Mulher.	Junho/ 2019.	Coordenadora do serviço de cardiologia.
Divulgação das informações ao coordenador da Estratégia Saúde da Família, visando capacitar os profissionais de saúde envolvidos a adequadamente valorizar, pesquisar e tratar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares nas mulheres, assim como ao melhor reconhecimento e tratamento destas doenças.	Humanos Físicos: sala, mesa, cadeiras, computador, papel e caneta.	Informações divulgadas ao coordenador da Estratégia Saúde da Família.	Julho/ 2019.	Coordenadora do serviço de cardiologia.
Capacitação das equipes dos Núcleos de Saúde da Mulher, buscando o melhor controle dos fatores de risco e melhor diagnóstico das doenças cardiovasculares nas mulheres.	Humanos Físicos: auditório, mesa, cadeiras, computador, projetor, tela para projeção.	Equipes capacitadas.	Novembro/ 2019.	Coordenadora do serviço de cardiologia.
Capacitação das equipes da ESF, buscando o melhor controle dos fatores de risco, melhor diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares nas mulheres.	Humanos Físicos: auditório, mesa, cadeiras, computador, projetor, tela para projeção.	Equipes capacitadas.	Dezembro/ 2019.	Coordenadora do serviço de cardiologia.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Gestão do projeto

O projeto, embora ainda em sua fase inicial de implementação, por meio de sua gestão atuante, busca melhorar os parâmetros de modo a otimizá-los e até mesmo ampliá-los, para que as ações propostas obtenham maior alcance. A gestão do projeto é um processo dinâmico, cuja proposta não é simplesmente garantir que os planos iniciais sejam cumpridos, mas que o projeto gere os resultados esperados e cumpra com os objetivos traçados. Desse modo, a avaliação que se optou por adotar é a de eficácia ao avaliar que as ações do projeto permitiram alcançar os resultados previstos, ou seja, mulheres macaenses e equipe de saúde envolvida, todos informados, conscientes, colaborativos e participativos, buscando o melhor controle dos fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento das DCV, do mesmo modo que políticas públicas efetivamente comprometidas com o combate destas doenças favoreçam o alcance do objetivo geral, a redução do número de mortes por DCV entre as mulheres residentes no município de Macaé.

Considerações finais

As DCV vêm representando a principal causa de mortes entre homens e mulheres residentes no município de Macaé. Tendência de redução da proporção destas mortes tem sido constatada, entretanto, de forma mais nítida entre os homens que entre as mulheres. A abordagem dos fatores de risco modificáveis, por meio da prevenção primária, reveste-se de grande importância, ao ser a medida mais eficaz para a redução da morbimortalidade destas doenças. Para que as mulheres sejam de fato atingidas e beneficiadas pelo melhor controle da mortalidade cardiovascular, necessário se faz que sejam informadas, sensibilizadas e conscientizadas, reconhecendo a importância do controle dos fatores de risco em sua sobrevivência e sua qualidade de vida. A equipe de saúde deve estar atenta e preparada para identificar, abordar, orientar, conscientizar e tratar essas mulheres, considerando todas as peculiaridades de gêneros relacionadas que envolvem essa relação e influenciam o contexto

sociocultural que estão inseridas. Políticas públicas efetivas devem ser instituídas, que considerem também a perspectiva de gênero no planejamento das ações. Não priorizar este tema de forma oportuna concorre para a elevada letalidade feminina, para o comprometimento da qualidade de vida, além dos altos custos sociais e do sistema de saúde associados. Desta forma, será possível atingir o objetivo geral deste projeto, que é a redução do número de mortes por DCV entre as mulheres residentes no município de Macaé.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Carta do Rio de Janeiro – II Brasil Prevent/I America Latina Prevent. Jadelson Andrade J, Donna Arnett D, Fausto Pinto F, Daniel Pinero D, Sidney Smith S, et al. Arq. Bras. Cardiologia. 2013;100(1)3-5.
3. Prefeitura Municipal de Macaé. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Informação e Análise de Dados (DIAD) / Dados Vitais. Macaé: Prefeitura Municipal de Macaé; 2019.
4. Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA, American Heart Association Cardiovascular Disease et al. Fifteen-year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association national survey. *Circulation*. 2013 Mar 19;127(11):1254-63, e1-29.
5. Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, Dolor RJ, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Circulation*. 2007 Mar 20;115(11):1481-501.
6. Mosca L, Ferris A, Fabunmi R, Robertson RM. Tracking women's awareness of heart disease: an American Heart Association national study. *Circulation*. 2004; 109:573–579.

QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANGUÇU/RS POR MEIO DA IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Cristiano Manetti da Cruz*
Maria Luíza Silva Cunha**

Introdução

Desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), os medicamentos são considerados insumos essenciais para se alcançar o nível máximo de saúde. A partir da Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde (APS), em 1978, foi proposta a criação de uma lista de medicamentos essenciais para ser seguida como modelo, de forma flexível, considerando as necessidades de cada país¹.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução n.º 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde, tem por base princípios que tratam da Assistência Farmacêutica (AF) como parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), envolvendo um conjunto de ações voltadas, entre outros aspectos:

[...] à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição,

* Especialista em Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cristiano_manetti@yahoo.com.br

** Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luiza.cunha@fiocruz.br

distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população².

A resolução citada apresenta, entre seus eixos estratégicos, a necessidade de manutenção da assistência farmacêutica na rede pública, a qualificação dos serviços, a capacitação de recursos humanos, a promoção do uso racional de medicamentos e a utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumento que possibilite o uso racional de medicamentos.

A AF constitui um sistema de apoio das Redes de Atenção à Saúde, envolvendo todas as suas etapas de organização: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos³.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram com o objetivo de organizar o sistema de atenção à saúde de forma integrada, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, proporcionando melhorias às condições de saúde da população brasileira⁴. De acordo com a Portaria n.º 4.279/2010³, o objetivo da RAS é promover a integração de ações e serviços de saúde, promovendo a atenção continuada, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como qualificar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica³.

Para Araújo⁵, o principal acesso ao Sistema de Assistência à Saúde, no Brasil, se dá nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), parte integrante da RAS. Nelas, normalmente, as farmácias ocupam espaços relativamente pequenos e reforçam a relação da Assistência Farmacêutica (AF) com o modelo curativo “centrado na consulta médica e pronto atendimento, com a farmácia apenas atendendo a essas demandas”⁵. Essa configuração, para o autor, prejudica a atuação do farmacêutico em relação à orientação aos usuários, interferindo em um trabalho que é imprescindível para que haja uma melhor adesão do usuário e para reduzir possíveis problemas relacionados ao uso mal orientado das medicações.

Os desafios para que a AF seja implementada e estruturada de forma efetiva na esfera municipal, especialmente na Atenção Básica à Saúde (ABS), iniciam pela conscientização dos gestores, da importância de uma estrutura física adequada, da capacitação dos funcionários e da organização dos processos, tornando o acesso da população aos medicamentos mais racional e eficiente.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Canguçu (RS) possui o profissional farmacêutico no quadro funcional efetivo desde 2006, quando foi realizado o primeiro concurso para essa função. Embora exista o serviço de AF, não há uma equipe multidisciplinar para selecionar os medicamentos que devem compor a REMUME, com base no perfil epidemiológico da população, logo, pretende-se criar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) a fim de gerenciar melhor a compra de medicamentos e proporcionar uma maior satisfação dos usuários com a AF municipal. O objetivo da CFT é que os usuários recebam um tratamento custo-efetivo e de qualidade, determinando quais medicamentos estarão disponíveis, com que custo e como serão utilizados⁶.

Comissão de farmácia e terapêutica

A OMS e a organização *Management Sciences for Health* (MSH) criaram em 2003 o guia prático para as Comissões de Farmácia e Terapêutica, cuja base utilizada foram as experiências realizadas no Zimbábue e na Indonésia. Este manual tem como objetivo transmitir à equipe multiprofissional, a maneira de atuação da CFT a fim de promover qualidade e custo-efetividade na atenção à saúde, evidenciar seus princípios gerais, estratégias e atividades, papéis e responsabilidades, além de descrever a maneira pela qual as metas podem ser alcançadas pela CFT⁷.

Os autores ainda mencionam:

As funções mais importantes da CFT são: oferecer avaliação, educação e consultoria aos profissionais da instituição sobre todas as questões relacionadas ao uso de medicamentos, incluindo a pesquisa clínica; selecionar os fármacos, desenvolver e manter atualizado o

formulário terapêutico; estabelecer programas e procedimentos sobre custo-efetividade dos fármacos para que haja uma terapêutica medicamentosa segura e eficaz; estabelecer programas de educação continuada sobre o uso de fármacos para os profissionais da instituição; participar na avaliação da qualidade relacionada à distribuição, à administração e ao uso de medicamentos; monitorar e avaliar as reações adversas aos medicamentos para elaborar as recomendações que previnem tais ocorrências; definir estudos de utilização de medicamentos para elaborar recomendações sobre o uso racional dos fármacos; assessorar o serviço de farmácia na implementação do serviço de distribuição de medicamentos; e divulgar informações e recomendações para todos os profissionais de saúde da instituição⁸.

Conforme esses autores, CFT deve ter como referência a medicina baseada em evidência, logo a participação e contribuição da equipe multiprofissional, juntamente com a gestão da instituição, é fundamental para a efetividade do seu desempenho. Conforme relata Marques e Zucchi⁷,

Os efeitos benéficos da CF em monitorar e promover a qualidade no uso de medicamentos e conter os gastos no hospital e em outros serviços de saúde tem sido geralmente aceito nos países desenvolvidos. Enquanto isso, nos países em desenvolvimento é pouco comum a avaliação dos impactos clínicos que a implementação das CFT poderia gerar.

A implantação de uma CFT foi uma estratégia que possibilitou padronizar racionalmente, além de utilizar a medicina baseada em evidências, somada ao perfil de utilização e de ponderação em relação às despesas, estabelecendo-se como uma ferramenta extremamente útil para a seleção de medicamentos⁸.

A CFT deve se envolver, monitorar continuamente, planejar e possuir uma comunicação eficiente para que a gestão do processo de abastecimento seja exitosa. Isso faz com que se reduza o impacto assistencial e econômico e não sobrecarregue os serviços farmacêuticos das unidades de saúde⁹.

Internacionalmente, pode-se citar o artigo de Weekes e Brooks¹⁰ sobre uma pesquisa desenvolvida na Austrália. Foram enviados 306 questionários

para hospitais de todo o país a fim de coletar informações sobre a composição, processos, metas, objetivos, atividades educacionais, políticas e decisões das CFT. As partes interessadas acreditavam que a CFT deveria otimizar os resultados terapêuticos da saúde para os pacientes e resultados econômicos para o hospital. Como objetivos, foram elencados a disponibilidade de medicamentos seguros, eficazes e de baixo custo e uso seguro dos medicamentos. A pesquisa constatou que mais de 92% dos entrevistados tinham uma CFT em seu hospital, composta normalmente por médicos, farmacêuticos e enfermeiros.

Nos questionários, aplicados entre 1994 e 1995, os assuntos mais citados pelas CFT foram a qualidade do uso dos medicamentos e as políticas de drogas e gastos com medicamentos de alto custo. Em média, as CFT relataram a capacidade de implementar 75% das decisões (intervalo 0-95%) com hospitais de ensino percebidos com melhor desempenho do que outros tipos de hospital. Este estudo revela um alto nível de expectativa para as atividades de CFT e realizações. Na Austrália, as CFT estavam envolvidas em políticas, educação e iniciativas de gestão para promover as melhores práticas terapêuticas. Poucos comitês pareciam ter recursos adequados para estender os serviços às comunidades em geral.

Mittmann e Knowles¹¹ desenvolveram um trabalho sobre as CFT no Canadá referente aos seus propósitos e responsabilidades. Dos 856 hospitais pesquisados, 123 pesquisas retornaram completas e quatro incompletas, com uma taxa de resposta efetiva de 24%. Pesquisas foram retornadas de todas as áreas do Canadá. Em média, as CFT se reuniam seis vezes por ano. O tamanho médio dos comitês foi de 11 membros, com médicos representando metade dos membros. Farmacêuticos e enfermeiros tiveram igual representação; outros membros eram representantes da comunidade, nutricionistas, pessoal de garantia de qualidade e/ou administradores. As principais responsabilidades das CFT eram: formulários para gestão de pacientes internados (93% dos entrevistados), elaboração de políticas de uso de drogas (92%), monitoramento de reações adversas a medicamentos (83%), segurança do paciente (80%) e monitoramento do uso de drogas (80%). Os

subcomitês foram utilizados por 46% das CFT, incluindo antimicrobiano (38%), segurança de medicamentos (25%) e nutrição (14%). Avaliações econômicas foram mais frequentemente concluídas por um farmacêutico com alguma experiência farmacoeconômica anterior.

A situação-problema identificada na SMS de Canguçu (RS) foi o baixo desempenho da Assistência Farmacêutica no ano de 2019, sendo que a falta de uma CFT encontra-se entre as suas principais causas.

Este trabalho tem como objetivo qualificar o desempenho da Assistência Farmacêutica do município de Canguçu (RS), por meio da implementação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica e da atualização da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). Justifica-se pela relevância que a Comissão de Farmácia e Terapêutica tem na qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua importância para a SMS de Canguçu (RS) e para os usuários refere-se à seleção e padronização de medicamentos que compõem a REMUME, na elaboração de protocolos clínicos, na promoção do uso racional de medicamentos, na farmacovigilância, na redução do número de processos judiciais, no assessoramento ao Secretário (a) de Saúde em assuntos de sua competência, entre outras atribuições.

Descrição das técnicas, métodos e processos de trabalho

O método utilizado para a elaboração deste estudo foi o projeto de intervenção. Foi realizada uma reunião com a equipe multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Canguçu (RS) e foram elencados os principais problemas relacionados à Assistência Farmacêutica da SMS, a partir da seguinte pergunta: que problemas contribuem para o baixo desempenho da Assistência Farmacêutica do município de Canguçu (RS)? Foram elencados quatro problemas, como evidenciado na Tabela 1, tendo sido pontuada a falta de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) como o principal problema. A matriz de priorização de problemas foi baseada na ferramenta Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus.

Tabela 1. Matriz de priorização de problemas

PROBLEMA	Magni- tude	Transcen- dência	Vulnera- bilidade	Urgência	Factibi- lidade	Total
	Tamanho	Interesse	Reversão	Espera	Recursos	
1. Excessiva judicialização	3+3+3+3 +3+3=18	4+4+4+4 +4+4=24	2+2+2+2 +2+2=12	3+3+3+3 +3+3=18	2+3+2+2 +2+1=12	84
2. Desatualização da REMUME da Farmácia Municipal de Canguçu	4+4+4+4 +4+4=24	4+4+4+4 +4+4=24	1+1+1+1 +1+1=6	4+4+4+3 +4+4=23	2+2+1+2 +2+2=11	88
3. Problema na entrega dos medicamentos pela empresa fornecedora	4+4+4+4 +4+4=24	4+4+4+4 +4+4=24	2+2+2+2 +1+1=10	4+4+4+4 +4+4=24	2+3+2+2 +3+2=14	96
4. Falta de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	4+4+4+4 +4+4=24	4+4+4+4 +4+4=24	3+3+2+3 +3+3=17	4+4+4+4 +4+4=24	3+3+3+3 +3+3=18	107

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Matus

A Prefeitura Municipal de Canguçu possui 259 funcionários lotados na SMS, sendo 78 (30%) servidores com nível superior. Para a realização da matriz de priorização de problemas, foram convidados 11 profissionais que representam os setores mais relevantes para este estudo, mas compareceram apenas sete. Estavam presentes a secretária municipal de Saúde, a auxiliar administrativa responsável pelo setor financeiro, os farmacêuticos, o auxiliar administrativo responsável pelo departamento administrativo-financeiro, um médico de uma unidade USF do município e um dos assessores jurídicos da prefeitura. Na reunião, foi realizada uma dinâmica de grupo, onde todos explanaram suas ideias e sugestões até se chegar a um consenso. O grupo demonstrou interesse em participar e colaborou com informações e conhecimentos relevantes na elaboração deste momento. Não compareceram os representantes da área odontológica e da enfermagem, pois estavam em

horário de trabalho e não puderam ser dispensados. A ausência de alguns profissionais se deveu ao fato de terem sido convidados com um prazo muito curto até o dia da reunião, fazendo com que os mesmos não tivessem tido tempo de se programarem. A outra farmacêutica compareceu à oficina após a matriz de priorização de problemas, pois estava trabalhando, logo, não foram computados os seus votos. Cada participante pontuou quanto à magnitude, à transcendência, à vulnerabilidade, à urgência e à factibilidade dos problemas elencados, digitando uma nota no computador. Ao final da reunião, foi feita uma soma geral das notas de todos os atores envolvidos no processo de construção do plano operativo. Não houve conflito de ideias, apenas concepções diferentes em relação à nota atribuída.

Caracterização da saúde no município de Canguçu

O município de Canguçu localiza-se na região sul do Rio Grande do Sul (RS) a aproximadamente 56 km do município de Pelotas e 274 km de Porto Alegre. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui 53.259 habitantes, sendo que a maioria da população reside na zona rural¹². Conforme o Atlas Brasil¹³, que divulga dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 63,2% da população de Canguçu, em 2010, residia na zona rural do município. No mesmo ano, 50,43% dos habitantes eram homens, 67,81% da população possuía entre 15 e 64 anos e apenas 28,73% dos habitantes entre 18 e 20 anos possuíam ensino médio completo.

A Atenção Básica em Canguçu está composta por:

- Um Pronto Atendimento Municipal (PAM) 24 horas;
- Um Posto de Saúde Central (PSC), responsável pelos atendimentos odontológicos, pediátricos, nutricional, vacinação, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), vigilância epidemiológica e grupos de usuários hipertensos e diabéticos;
- Dois Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), CAPS AD para usuários de álcool e drogas e CAPS I para usuários com transtornos

mentais severos e persistentes;

- Uma farmácia municipal;
- Um centro de especialidades odontológicas (CEO);
- Uma unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Vinte e uma Unidades Básicas de Saúde localizados no interior do município e uma unidade móvel com atendimento diário nas localidades do interior que não possuem postos de saúde.

A Atenção Básica nos cinco subdistritos de Canguçu é dividida da seguinte forma:

- Duas UBS no primeiro distrito;
- Cinco UBS no segundo distrito;
- Seis UBS no terceiro distrito;
- Cinco UBS no quarto distrito;
- Três UBS no quinto distrito;
- Cinco Unidades de Saúde da Família (USF), sendo três localizadas na cidade e duas localizadas na área rural do município.

A Farmácia Municipal é responsável pela maior parte da dispensação de medicamentos fornecidos pelo município e pelo estado do Rio Grande do Sul, ou seja, os componentes básicos, especiais, especializados e fórmulas nutricionais da Assistência Farmacêutica do SUS. Há ainda entrega de medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus nos grupos de Hiperdia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) nas Unidades Básicas de Saúde, nas áreas urbana e rural da cidade, mas sem a presença de um profissional farmacêutico.

Canguçu possui apenas dois profissionais para atender toda a demanda de serviços farmacêuticos na SMS, sendo que um desses profissionais trabalha no departamento de Vigilância Epidemiológica. No prédio da Farmácia Municipal também se localiza a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), onde atua um farmacêutico responsável também pela compra, conferência e distribuição de medicamentos para as Unidades Básicas de Saúde do município.

Da área física da Farmácia Municipal de aproximadamente 100 m², quase 30% está reservada ao CAF. No espaço da farmácia estão disponibilizados seis computadores, uma impressora laser, armários para armazenamento de medicamentos controlados, estantes e duas geladeiras para armazenamento de medicamentos termolábeis com controle de temperatura. Este espaço possui ainda uma área destinada à espera dos usuários, com televisão, ar-condicionado, cadeiras, além de uma cozinha, um banheiro e um ambiente destinado ao armazenamento de produtos de limpeza e higiene. O quadro funcional é composto pelo farmacêutico responsável técnico, dois oficiais administrativos e quatro estagiários.

Descrição da situação-problema

Ao se tomar como situação-problema o baixo desempenho da Assistência Farmacêutica de Canguçu (RS) no ano de 2019, formulou-se o seguinte questionamento: que causas e consequências estão relacionadas com o baixo desempenho da Assistência Farmacêutica do município de Canguçu (RS)? A descrição do problema contou com três descritores:

Descritor 01: 10% de medicamentos vencidos;

Descritor 02: REMUME desatualizada há três anos;

Descritor 03: 40% dos medicamentos prescritos não estão incluídos na REMUME.

Explicação ou análise da situação-problema

A árvore de problemas, realizada como metodologia para descobrir as causas que levam ao baixo desempenho da assistência farmacêutica, foi composta por quatro problemas, descritos aqui em ordem, a partir do mais votado: a falta de uma CFT, problemas na entrega dos medicamentos pelos fornecedores, desatualização da REMUME e excessiva judicialização. O problema de atrasos nas entregas não pode ser gerenciado e resolvido pela SMS, já que diz respeito ao serviço oferecido por empresas privadas.

As demais causas que geraram a situação-problema podem ser resolvidas ou amenizadas pela gestão municipal. A atualização da REMUME implica na redução da judicialização, sendo avaliada como segunda causa que reduziria ou eliminaria o problema.

A falta da CFT foi elencada como causa crítica e ocorre, possivelmente, pelas seguintes causas: falta de uma legislação específica da criação da CFT, desconhecimento dos gestores da importância da CFT e falta de comprometimento da equipe multiprofissional, gerando como consequências o desperdício de verbas públicas, descrédito do gestor municipal, não adesão e/ou abandono do tratamento, agravamento do quadro clínico, novas consultas e/ou internações, insatisfação dos usuários, aumento do número de processos judiciais, protocolos clínicos desatualizados, falta de planejamento na aquisição dos fármacos e desatualização da REMUME atual, que não está baseada no perfil epidemiológico da população canguçuense.

Principais resultados alcançados ou esperados

Matriz de programação de ações: causa a ser enfrentada – falta de uma CFT

As seguintes ações devem ser executadas para ser possível a participação e maior comprometimento de gestores e equipe multiprofissional e a criação de uma legislação específica para a implementação da CFT:

Quadro 1. Matriz de programação de ações

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável (nome da pessoa e não do setor em que trabalha)
Fazer uma reunião com os gestores a fim de explicar o que é a CFT e qual a sua importância,	Humanos, sala de reuniões, computador com data show.	Reunião realizada com ampliação do reconhecimento da importância da CFT.	Novembro/2019	Farmacêutico responsável técnico pela Farmácia Municipal
Fazer uma reunião com a equipe a fim de explicar o que é a CFT, qual a sua importância e a necessidade de comprometimento de toda a equipe multiprofissional para que ela seja implementada com eficiência.	Humanos, sala de reuniões, computador com data show.	Reunião realizada com o aumento do comprometimento da equipe multiprofissional em relação à CFT.	Dezembro/2019	Secretário municipal de saúde e farmacêutico responsável técnico pela Farmácia Municipal.
Encaminhar o projeto de Lei da criação da CFT ao prefeito para apreciação e posteriormente à Câmara Municipal para aprovação.	Humanos.	Criação da Lei da CFT.	Janeiro/2020	Secretário municipal de saúde e farmacêutico responsável técnico pela Farmácia Municipal.

Fonte: elaborado pelos autores.

Matriz de Programação de Ações: causa a ser enfrentada – desatualização da REMUME.

As seguintes ações devem ser executadas para a REMUME possa ser atualizada, logo após a implementação da CFT:

Quadro 2. Matriz de programação de ações

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Levantamento do perfil epidemiológico da população canguçuense.	Humanos, computador com acesso à internet, acesso ao DATASUS.	Perfil epidemiológico da população canguçuense levantado.	Fevereiro/2020	Farmacêutico responsável técnico pela Farmácia Municipal.
Análise das prescrições atendidas e não atendidas dos medicamentos na Farmácia Municipal.	Humanos, computador com acesso ao sistema de dispensação de medicamentos, acesso ao prontuário eletrônico dos pacientes.	Lista de fármacos prescritos aviados e com demanda reprimida na Farmácia Municipal de Canguçu (RS).	Fevereiro/2020	Farmacêutico responsável técnico pela Farmácia Municipal.
Buscar aprovação do poder legislativo e do poder executivo para a atualização da REMUME.	Humanos.	REMUME atualizada e aprovada.	Março/2020	Secretário municipal de saúde.

Fonte: elaborado pelos autores.

Gestão do projeto

A gestão do projeto será realizada pela equipe multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde do município de Canguçu (RS). Serão realizadas reuniões trimestrais após a implementação da mesma, a fim de verificar a eficácia da CFT, assim como da Assistência Farmacêutica da SMS. A gestão da implementação será realizada por meio de reuniões com o prefeito, o secretário municipal de saúde e a equipe multidisciplinar, cujo objetivo inicial é explicar o que é a CFT, suas atribuições e quais as suas contribuições para a qualificação dos serviços prestados à comunidade canguçuense. Serão realizadas reuniões para monitorar as ações e avaliar o plano.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo qualificar a Assistência Farmacêutica do município de Canguçu (RS), por meio da implantação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Por se tratar de um projeto, os objetivos devem ser atingidos quando a implementação for realizada. Como metas, após a implementação da CFT, pretende-se reduzir a percentagem de medicamentos vencidos de 10% para, no máximo, 2%; atualizar a REMUME e atingir a percentagem máxima de 10% de medicamentos prescritos não constantes neste documento. Após o enfrentamento dessas causas, irá se buscar enfrentar as demais causas da situação-problema, para que a mesma deixe de existir.

Espera-se que a CFT possa servir de instrumento para a seleção de medicamentos para a REMUME, elaboração de protocolos clínicos, educação e consultoria aos demais profissionais da área da saúde, promover o uso racional de medicamentos, estabelecer educação continuada sobre o uso correto dos fármacos à equipe multiprofissional, monitorar e avaliar reações adversas aos medicamentos, divulgar informações e recomendações para todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Canguçu (RS). Pretende-se atingir como resultado, a melhoria da qualidade da Assistência Farmacêutica do município de Canguçu (RS).

Referências

1. Organização Pan Americana de Saúde. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Washington: Organización Pan Americana de Saúde; 2013 [Internet]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22480&Itemid=. Acesso em: 19 maio 2019.
2. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Diário Oficial da União. 2004; 6mai. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 17 maio 2019.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União. 2010; 30dez. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 19 maio 2019.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana

- da Saúde; 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf. Acesso em: 19 maio 2019.
5. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13:611–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000700010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19/Mai/2019.
 6. Holloway K, Green T. Drug and therapeutics committees—A practical guide. Geneva: WHO;2003. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68553/WHO_EDM_PAR_2004.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 01 jun. 2019.
 7. Marques DC, Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquêm das diretrizes internacionais. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. 2006;19 (1): 58-63. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2019.
 8. Primo LP, Carvalho E de, Lima AEU de, Gandolfi CBT, Padula KM, Bózoli LFB, et al. Abramovicius AC, Dallora MELV, Pazin Filho A. Atuação da comissão de farmácia e terapêutica em um hospital de ensino. *Simpósio: Gestão e Organizações de Saúde – 2015*;48 (3): 27-32. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/96833/95926>. Acesso em: 28 set. 2019.
 9. Reis A, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13: 603-610. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2008.v13suppl0/603-610/>. Acesso em: 28 set. 2019.
 10. Weekes LM, Brooks C. Drug and Therapeutics Committees in Australia: expected and actual performance. *British Journal of clinical pharmacology*. 1996; 42: 551-557. Disponível em: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2125.1996.tb00109.x>. Acesso em: 28 set. 2019.
 11. Mittmann N, Knowles S. A survey and Therapeutic Committees across Canada: scope and responsibilities. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*. Winter. 2009; 16: 171-177. Disponível em: <https://jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/266/221>. Acesso em: 28 set. 2019.
 12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Cidades. Canguçu: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/cangucu/panorama>. Acesso em: 21 set. 2019.
 13. Atlas Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Canguçu: Atlas Brasil; 2013. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfi_m/cangucu_rs. Acesso em: 21 set. 2019.

JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO CÂNCER DE MAMA NO CEARÁ: CAMINHOS E CONTRADIÇÕES PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Diego Mendonça Viana*
Danielle Moreira de Castro Lima**

Introdução

Esta pesquisa se configurou como uma das iniciativas de investigação da política pública de saúde, em especial na temática da judicialização da assistência às pessoas que foram diagnosticadas com câncer de mama, ou seja, consiste em um esforço científico de compreensão das relações existentes entre as possíveis falhas na rede, no diálogo das perspectivas de Mendes¹ e de Kuschnir² na assistência ao câncer por parte do Poder Executivo e a necessidade de se buscar uma resolução para estas questões via Sistema de Justiça (Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública).

Ressalta-se que este trabalho faz uma opção de recorte quando se refere ao contexto da saúde pública. Esta opção se deve pelo fato de que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS), pelas prerrogativas legais em vigência, a coordenação do processo de cuidado integral que as pessoas com câncer necessitam, inclusive ordenando as formas mais adequadas de assistência neste campo para a população, seja pela prestação direta de serviços, ou seja pela prestação indireta com instituições contratadas e conveniadas. Outra razão desta citada escolha está fundamentada na percepção que o fenômeno da

* Mestre em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). Brasil. diegomendoncaviana@gmail.com

** Mestre em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Rio de Janeiro (RJ). Brasil. daniellemoreiraufc@gmail.com

judicialização do câncer destina-se, majoritariamente, para o serviço público de saúde, em especial após sanção da Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012 que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

Segundo dados da Advocacia-Geral da União (AGU), consolidados de 2012, o câncer de mama ocupa posição de destaque entre as razões da judicialização no país. Uma das principais razões das ações neste sentido consiste em obter um tipo de medicação que faz parte do tratamento do câncer, a saber, o medicamento cujo princípio ativo é o *Trastuzumabe*, cujo nome comercial é Herceptin® e possui as seguintes funções terapêuticas: tratamento do câncer de mama metastático e do câncer de mama inicial. Ou seja, é uma droga importantíssima na assistência aos pacientes que dela necessitam.

Importante salientar que esta medicação possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e possui preço disponibilizado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Ou seja, trata-se de um tipo de medicação que possui plenas condições jurídicas e técnicas de ser ofertada com regularidade na rede e, no entanto, não ocorre por diversos fatores que serão objeto de discussão deste trabalho.

A título de ilustração, ainda com dados da AGU, os recursos federais destinados ao cumprimento de ações judiciais relacionadas ao câncer têm aumentado sistematicamente ao longo da segunda década dos anos 2000. Uma das consequências imediatas deste cenário consiste no represamento de recursos para depósito judicial nos orçamentos das secretarias estaduais e municipais de saúde. Ou seja, os recursos que deveriam ser investidos na ampliação da assistência têm ficado escassos e os recursos destinados à judicialização do câncer têm ficado “guardados” à espera de uma sentença, criando, de certa forma, um orçamento paralelo da saúde.

Este cenário amostral diz respeito apenas aos recursos federais. Ao se analisar os recursos estaduais e municipais pode haver mais uma amplitude de cenários. No caso específico dos recursos destinados a cumprir determinações da Justiça Federal, seção no estado do Ceará, com dados da AGU de 2012,

percebe-se que houve uma judicialização de 59% dos recursos destinados à assistência ao câncer. Este é um panorama interessante e que merece ser discutido de forma sistemática neste trabalho.

Percebe-se, preliminarmente, que existe um esforço acadêmico, científico e governamental na busca de caminhos para lidar com os problemas e potencialidades da fronteira existente entre a judicialização, saúde pública e o câncer de mama nos serviços e na estruturação das referidas políticas.

É possível notar que existe um campo de possibilidades em aberto tanto para a pesquisa quanto para as intervenções na temática tratada nesta pesquisa. Diante do contexto explicitado, este estudo se insere na articulação de esforços para produção de conhecimentos com vistas à construção de um sistema de saúde nacional orientado para a integralidade do cuidado, para o fortalecimento de políticas públicas coerentes. Para lograr tal intento, esta pesquisa possui o seguinte questionamento central: quais os fluxos existentes nos processos de judicialização da assistência ao câncer de mama no estado do Ceará?

Pode-se perceber que existe uma grande concentração de serviços de assistência ao câncer na cidade de Fortaleza, poucos serviços distribuídos entre as macrorregiões do estado e certo vazio sanitário de assistência.

O funcionamento deste conjunto de serviços, bem como a proposta de rede, será discutido por meio da análise da interferência do Sistema de Justiça nas seções posteriores deste trabalho. Serão apontados alguns nós de rede percebidos no processo de pesquisa e serão sugeridas algumas perspectivas de melhoria na assistência ao câncer, naquilo que for cabível.

Considerando as informações prévias apresentadas até esta etapa, bem como analisando criticamente os diversos contextos de disputas existentes no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS), este trabalho se faz relevante por se propor a compreender quais os fluxos existentes no acesso ao direito constitucional da saúde pela via judicial. No processo de pesquisa, foram discutidas com as fontes de informação existentes se a judicialização

está criando fluxos paralelos ou se está exigindo que os fluxos ordinários sejam cumpridos pelos gestores das redes de atenção ao câncer, em especial ao câncer de mama.

Objetivo geral

Compreender os fluxos existentes nos processos de judicialização da assistência ao câncer de mama no estado do Ceará.

Objetivos específicos

- Sistematizar os fluxos e procedimentos existentes na busca de assistência ao câncer pela via do Sistema de Justiça (Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública) do estado do Ceará;
- Discutir os fluxos estabelecidos pelo Sistema de Justiça e a relação existente com os fluxos regulares de assistência ao câncer de mama na rede de saúde pactuados pelo Poder Executivo.

Metodologia

Este estudo se configura no campo da pesquisa qualitativa em termos de abordagem, possuindo caráter documental quanto à sua natureza, exploratório quanto aos objetivos e de caráter transversal quanto ao tempo. Destaca-se, ainda, que o estudo possuiu características de pesquisa documental com foco em dados secundários quanto aos seus procedimentos de acordo com os entendimentos consolidados nos estudos metodológicos de Silveira e Córdova³. Ainda a respeito das questões relativas à metodologia necessária para realização da pesquisa, é de fundamental importância destacar que esta pesquisa se situa no campo da pesquisa qualitativa com foco na interface entre saúde coletiva e políticas sociais, com especial vinculação aos estudos de Bosi⁴.

A etapa inicial da pesquisa consistiu em realização de revisão bibliográfica com o intuito de sistematização de estudos pertinentes ao tema e ao objeto. A referida revisão contribuiu na fundamentação teórica, ajustes metodológicos e consistência para a análise dos dados coletados.

Considerando o levantamento preliminar dos estudos realizados sobre os campos de conhecimento em saúde tratados nesta pesquisa, é possível perceber que existe interesse de pesquisa e de intervenção na fronteira entre judicialização, saúde pública e câncer de mama. Na primeira etapa da revisão bibliográfica, feita com a busca integrada e utilizando os descritores em saúde “judicialização”, “saúde pública”, “câncer de mama”, nas bases de dados ligadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), mais especificamente nas bases LILACS, IBECs, MEDLINE; foram encontrados apenas oito estudos no total. Este primeiro dado demonstra que há poucos estudos nesta linha de investigação de pesquisa ao se considerar uma perspectiva de produção nacional e internacional sobre a temática.

Ao refinar a busca, nota-se que existe uma predominância expressiva de assuntos que versam sobre “decisões judiciais”, “acesso à medicamentos”, “função jurisdicional” e “acesso à procedimentos”. Este dado de revisão chama atenção pelo fato do interesse dos estudos estarem majoritariamente centrados no debate ao acesso de procedimentos, de medicamentos e nos entraves jurisdicionais de efetivação do direito à saúde. Neste sentido, esta pesquisa poderá, sem nenhuma pretensão de ineditismo científico, contribuir em relevância no sentido de trazer a discussão crítica sobre a articulação de rede para a centralidade do debate da reforma sanitária e da pesquisa em saúde.

Com o intuito ampliar as possibilidades de análise do objeto, esta pesquisa foi realizada com os documentos e dados relativos ao estado do Ceará. A escolha deve-se a algumas justificativas fundamentais.

A primeira justificativa deve-se ao fato de que a abrangência estadual é a matriz de distribuição dos documentos relativos aos fluxos da judicialização. A segunda justificativa deve-se ao fato de que no âmbito estadual torna-se possível uma visão mais abrangente da distribuição dos dados por região, de

modo a facilitar a distribuição da problemática considerando as diferenças regionais e locais para fins de discussão.

A coleta de dados foi realizada por meio da análise de documentos públicos pertinentes sobre a judicialização de competência estadual e federal – seção Ceará (normativas, sentenças, protocolos, atas, ações civis públicas, recomendações, notas técnicas e demais documentos técnicos relevantes), bem como por meio da análise de dados provenientes de estudos acadêmicos que abordam essa temática.

No âmbito do sistema de Justiça Estadual do Ceará, foram filtradas as ações judiciais relativas aos anos de 2017 e 2018, por meio das seguintes palavras-chave “câncer de mama”, “tratamento” que possuam como objeto o acesso ao tratamento em sua integralidade ou componentes do tratamento, sendo a medicação um exemplo. A busca de dados foi realizada no banco de jurisprudências do Tribunal de Justiça do Ceará (TJ-CE) no seguinte site: <http://esaj.tjce.jus.br/cjsg/resultadoCompleta.do>. As ações foram filtradas por meio da competência da saúde pública, preferencialmente com participação do Ministério Público Estadual e/ou da Defensoria Pública Estadual naquilo que se aplicou.

No âmbito do sistema de Justiça Federal, seção do Ceará, serão filtradas as ações relativas aos anos de 2017 e 2018, por meio das palavras-chave “câncer de mama”, “tratamento” e “Ceará” que possuam como objeto o acesso ao tratamento em sua integralidade ou componentes do tratamento, medicação, por exemplo. A inclusão da palavra-chave “Ceará” justifica-se pelo fato do Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF 5) possuir seções em Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe. Neste sentido, foram filtradas apenas as ações judiciais que dizem respeito ao estado do Ceará. A busca de dados foi feita no banco de jurisprudências do Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF 5) no seguinte site: <https://www4.trf5.jus.br/Jurisprudencia/>. As ações foram filtradas por meio da competência da saúde pública, preferencialmente com participação do Ministério Público Federal e/ou da Defensoria Pública da União naquilo que se aplicou.

Por razões de viabilidade de análise, foi selecionado o limite de três

ações judiciais do Sistema de Justiça Estadual, bem como três ações judiciais do Sistema de Justiça Federal – seção Ceará, totalizando assim, o teto de seis ações judiciais. O universo de ações desta natureza é de, em média, 30 processos judiciais. As ações foram escolhidas de acordo com a aproximação temática com o debate de rede de atenção ao câncer, após passadas pelos filtros acima citados.

Em caráter complementar, foi selecionada uma ação judicial de teor coletivo no Sistema de Justiça Federal – seção Ceará, cujo promovente foi o Ministério Público Federal (MPF), por meio de ação civil pública, no ano de 2012 com objetivo de proporcionar garantias coletivas que resolvessem nós de acesso à assistência ao câncer de mama no Ceará. Por fim, foi considerada para fins de debate neste trabalho a manifestação da Defensoria Pública da União (DPU), por meio do documento “Relatório de inspeção no Instituto do Câncer do Ceará – 2016” e das manifestações do Poder Executivo, a saber, a Secretaria Estadual da Saúde (SESA-SE) nos processos em questão, bem como no Relatório de Gestão de 2017 e seus documentos complementares sobre o assunto desta pesquisa.

É de fundamental importância destacar que toda a pesquisa seguiu as normativas em vigor regulamentadas e pertinentes, especialmente as seguintes: Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, e Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Mesmo se tratando de documentos públicos de acesso permitido e dados secundários que dispensam a apreciação e comitê de ética, ao exibir as sentenças neste trabalho, foram excluídos os nomes das partes quando se tratarem de pessoas físicas para evitar qualquer risco de exposição ou constrangimento, ficando evidenciado apenas as instituições e seus agentes públicos que, por dever de função, devem publicidade de seus atos.

Para a análise de dados, foi utilizado o referencial da Análise de Conteúdo de Bandin⁵. A escolha deste referencial de análise permitiu a construção de critérios para categorização e subcategorização dos conteúdos oriundos do material. Em substância, a Análise de Conteúdo de Bardin se configura como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que

permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens⁵.

O resultado das análises serviu de substrato para realização do confronto comparativo das possíveis diferentes compreensões entre as práticas de judicialização e redes existentes sobre a temática do câncer de mama. Também foi feito o confronto das referidas compreensões com o prescrito nas políticas oficiais e governamentais que versam sobre o tema. Estas etapas subsidiaram a formação do produto analítico sobre a articulação do cuidado entre a rede instituída pelo Poder Executivo e os fluxos estabelecidos pela via da judicialização no estado, considerando os estudos de Leite⁶.

Importante notar que esta pesquisa foi executada inteiramente com recursos oriundos do pesquisador. Esta pesquisa não recebeu financiamento direto ou indireto de órgãos governamentais ou órgãos privados.

Resultados e discussão

Os resultados encontrados nesta pesquisa foram organizados em duas categorias de natureza temática, fruto das etapas da metodologia de refinamento da Análise de Conteúdo. As categorias são: “Ausência recorrente de medicações para assistência ao câncer de mama” e “Consolidação do Sistema de Justiça com gestor indireto da saúde e da assistência ao câncer de mama”. Cada categoria possui uma matriz contendo sua definição geral e as subunidades temáticas (também com definição) e os conteúdos percebidos em cada uma delas. Os(as) agentes públicos terão seus nomes divulgados, quando assim necessitar, em razão da necessidade de publicidade dos atos por eles(as) praticados(as).

As evidências aqui apresentadas versam sobre trechos de documentos, dados oficiais e imagens com vistas a tornar cada resultado o mais didático possível ao leitor. Importante salientar que o processo interpretativo contou com o suporte de diversos aportes conceituais do campo da saúde coletiva para realização das discussões tratadas.

Ausência recorrente de medicações para assistência ao câncer de mama

Nota-se que o fato de a medicação possuir registro na ANVISA, bem como de gozar de indicação médica especializada, tem sido um elemento decisório importante para formação do teor das principais decisões no âmbito estadual e federal. O que chama atenção é o fato de o estado insistir na estratégia de não se provisionar para oferta regular deste tipo de medicamento quando devidamente fundamentado o seu uso com parecer médico.

Nesse sentido, o Estado deve fornecer todos os insumos e procedimentos comprovadamente necessários para os cuidados em saúde, inclusive para o cuidado do câncer de mama. Nas defesas interpostas pelo Estado nos processos judiciais analisados, há uma construção de tese na qual o estado do Ceará não possui recursos suficientes para atender todas as demandas (o que é verdade de certa forma e trata-se de um problema político institucional) e, portanto, o gestor deveria fazer escolhas sobre onde gastar os recursos. É o que tem decidido categoricamente a jurisprudência sobre a temática:

Justiça Estadual do Ceará

[...] 6. O Estado não pode negligenciar a situação narrada nos autos, pois o caráter programático da regra descrita no art. 196, da CF/88, não poderá converter-se em promessa constitucional sem consequências, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas da coletividade, substituir, de forma inconstitucional e ilegítima, a efetivação de um improrrogável dever fundamental por uma mera promessa inconsequente e irresponsável.

7. Lado outro, o compromisso das metas orçamentárias do executivo deve vir comprovado por aquele que alega para que seja possível ao Órgão Julgador proferir decisão equilibrada. A alegação nesse sentido, não exime, por si, a obrigatoriedade do este estatal em atender as necessidades públicas, especialmente estas que se relacionem com direitos prestacionais, de caráter positivo. Vale dizer: a aceitação dessa limitação à efetivação da norma constitucional de direito social programático, deve ser comprovada pelo Poder

Público de forma séria e objetiva, com a inexistência de receita para tal despesa, o que não ocorreu na hipótese vertente. (Processo: 0180806-05.2011.8.06.0001)

Consolidação do Sistema de Justiça com gestor indireto da saúde e da assistência ao câncer de mama

Como se percebe pela legislação citada, cabe ao Poder executivo provar, em caso de excepcionalidade, a inexistência de recursos e meios de restrição de direitos sociais. A regra é a previsão orçamentária e de rede para oferecer todos os componentes do tratamento comprovadamente necessário ao usuário do SUS, principalmente ao usuário acometido de doença grave como se trata do câncer de mama. Neste sentido, este trabalho resgatou duas decisões judiciais (2012) que foram propostas por meio de ação civil pública de autoria do Ministério Público Federal (MPF) no intuito de fornecer um caminho estável de entendimento entre o Poder Executivo e o Sistema de Justiça sobre a questão do acesso e continuidade do tratamento do câncer de mama. O estado do Ceará ofereceu sua defesa alegando, em síntese, a Teoria da Reserva do Possível e assim julgou a ação a Justiça Federal:

1. Remessa oficial manejada e apelações interpostas contra sentença de procedência do pedido de ação civil pública, ajuizada com vistas à condenação, em solidariedade, dos réus (União e Estado do Ceará) no fornecimento do medicamento denominado TRASTUZUMABE (caracterizado como de alto custo e de dispensação excepcional) à paciente hipossuficiente, portadora de câncer de mama metastático.

5. Insistindo os réus com a tese de que não poderiam ser obrigados a fornecer o medicamento requestado pelo MPF, bem como com o argumento de que a paciente deveria ter optado pelo tratamento oncológico, nos moldes fornecidos por um dos Centros de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia - CACON, persiste o interesse de agir, assim compreendido a partir do tripé necessidade-utilidade-adequação. Rejeição da preliminar de ausência de interesse de agir.

6. Os documentos reunidos (especialmente, os constantes do anexo) nos autos demonstram a adequação e a eficiência do remédio para o tratamento da doença em questão. O Ministério da Saúde, outrossim, destaca que o medicamento está registrado na ANVISA (está sendo comercializado no Brasil), não se tratando, destarte, de tratamento experimental. (Número do Processo: 00005666220104058102)

Percebe-se que há um esforço para resolver de forma definitiva os impasses oriundos das dificuldades de fornecimento de medicação por parte do Poder Executivo. Contudo, mesmo havendo condenações por ações individuais e coletivas sequencialmente sobre o mesmo tema, o Estado tem insistido na estratégia de ser judicializado para que haja cumprimento de suas obrigações fundamentais.

No documento “Relatório de inspeção no Instituto do câncer do Ceará”, de autoria da Defensoria Pública da União (DPU)⁷, de 2016, que versa sobre um dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) vinculados ao estado do Ceará, situado em Fortaleza, nota-se que há manutenção de retrocessos na disponibilização de medicações na assistência ao câncer mesmo após as ações coletivas de 2012 demonstradas acima:

No caso das medicações quimioterápicas de alto custo (que não “cabem” na APAC/SUS), surgem dois problemas distintos: 1) Em relação aos medicamentos incorporados pela CONITEC, o ICC relata problemas de descontinuidade de estoque na COASF que provocam interrupções no tratamento; 2) Em relação aos medicamentos não incorporados, que são adquiridos mediante ações judiciais, os problemas de demora/descontinuidade (decorrente dos sucessivos descumprimentos)/ausência de controle na conservação e acondicionamento da droga), também muitas vezes terminam por comprometer o tratamento. O Hospital relata, ainda, problemas de faltas cíclicas de estoque em medicações não oncológicas, mas também essenciais ao tratamento como medicações para dor (opióides), entre outros insumos. Não foi apresentada, por ocasião da visita, a lista dos medicamentos mais utilizados.

Importante notar que, no documento da DPU, há a informação de sucessivos descumprimentos das ordens judiciais, gerando descontinuidade no fornecimento, comprometendo a proposta de clínica ampliada⁸ e outros prejuízos efetivos ao tratamento dos usuários. Aqui se confirma que mesmo sobre a tutela do Sistema de Justiça, o nó do fornecimento de medicação não encontra solução fácil para fazer cumprir as obrigações do Poder Executivo. Esta condição de tensão entre os poderes Executivo e Judiciário contribui para o cenário da última unidade de análise encontrada.

Outros aspectos relevantes no documento elaborado pela DPU consistem no fato de haver evidências relevantes sobre negligência na condução da gestão da clínica na rede de assistência ao câncer no estado do Ceará. Estas questões estão evidenciadas no depoimento dos usuários prestados à DPU como se nota a seguir:

3 RELATOS DE PACIENTES

Os pacientes relataram que os primeiros atendimentos foram realizados no posto de saúde (atenção primária), bem como ressaltaram a demora no encaminhamento para médicos especialistas e para realização de exames complementares, essenciais para a conclusão do diagnóstico. Por tal razão, foram compelidos a custear exames de imagens e patológicos, como, por exemplo, ultrassom, tomografia, mamografia, ressonância, exames de sangue, etc. Consequentemente, a indefinição do diagnóstico postergou o encaminhamento para o ICC.

Os pacientes do interior são compelidos a realizarem os exames de sangue fora do CACON, conforme ressaltou M.M.T.C.: “só não faço no ICC os exames de sangue”.

“tive que aguardar cinco meses para ser chamada para a cirurgia. Demorou tanto que quando fui chamada nem pude fazer, pois estava internada, com complicações”.

Nesse sentido, a judicialização encontra lastro, não apenas pelas dificuldades de gestão de rede já elencadas, mas também por certa má-fé dos operadores de rede. Neste rol de dificuldades de fazer funcionar os fluxos pactuados há dificuldades de fechar diagnóstico, de conseguir encaminhamento adequado e de obter tratamento em tempo oportuno de acordo com a gravidade do câncer. Nestes termos, para corrigir alguns absurdos comprovados do Poder Executivo, o Poder Judiciário, provocado pelas Defensorias Públicas e pelo Ministério Público, assume uma parte significativa da gestão de rede, criando uma espécie de fluxo paralelo para aqueles e aquelas que conseguem reclamar os seus direitos. Esta postura fica mais evidente na falta de assistência farmacêutica como se notará a seguir.

A unidade temática “Judiciário como gestor substituto do Poder Executivo” se caracteriza pelos conteúdos e discursos que versam a respeito do conflito permanente entre os Poderes Executivo e Judiciário nas garantias dos direitos ao acesso à saúde. Diante dos vários cenários apresentados neste trabalho de historicidade de condenações do Estado por méritos semelhantes em relação ao tratamento do câncer de mama, o Poder Judiciário praticamente assumiu as funções do Poder Executivo na regulação da assistência farmacêutica do câncer e de várias outras tratativas. Esta postura, diante na alegada e comprovada inércia do Poder Executivo, é assim fundamentada largamente pelo Poder Judiciário:

Justiça Federal – seção Ceará

[...] 8. No STF, é tranquilo o entendimento de que é possível ao Poder Judiciário determinar políticas públicas, quando a autoridade executiva a quem elas caberiam, mantêm-se inertes, em detrimento dos direitos fundamentais constitucionalmente garantidos, não vislumbrando nessa atuação violação ao princípio da separação de Poderes. Em verdade, sequer cabe mais falar em inadmissibilidade de controle da discricionariedade administrativa pelo Poder Judiciário, quando se constata que o comportamento adotado pelo administrador inviabiliza ou enfraquece direitos humanos de essência. “Possibilidade de o Poder Judiciário determinar políticas

públicas. Precedentes” (1T, RE 665764 AgR, Relatora Min. CÁRMEN LÚCIA julgado em 20/03/2012). “O Poder Judiciário, em situações excepcionais, pode determinar que a Administração Pública adote medidas assecuratórias de direitos constitucionalmente reconhecidos como essenciais, sem que isso configure violação do princípio da separação de poderes” (1T, AI 593676 AgR, Relator Min. DIAS TOFFOLI, julgado em 28/02/2012).

Dessa forma, o poder judiciário passa a controlar orçamentos com frequência pelo teor das decisões que vem tomando, sempre por meio das devidas garantias previstas em lei. Uma análise mais detalhada permite perceber que a origem de grande parte do problema está na cisão de comunicação e na tensão política existente entre o Poder Legislativo e o Poder Executivo. Ao aprovar legislações no parlamento com garantias sociais sem que haja o devido debate e comunicação com o poder responsável pela gerência do cotidiano das políticas públicas, a saber, o Executivo, cria-se uma espécie de bomba relógio que será ativada pela via judicial tardiamente por aqueles que conseguirem buscar seus direitos. Neste sentido, falta uma espécie de matriciamento adaptado da proposta de Campos e Domitti⁹ para que não haja sobreposição de esforços na construção de procedimentos de assistência ao câncer na legislação sobre a matéria.

Nota-se, também, uma postura passiva do estado em relação à judicialização, tecnicamente legitimando um fluxo paralelo de acesso ao tratamento do câncer de mama que sempre será efetivado com muito atraso em razão da morosidade judicial. Em uma análise do documento “Relatório de Gestão – período de janeiro a dezembro de 2017”¹⁰ da Secretaria da Saúde do estado do Ceará, não há menção à judicialização do câncer de mama, mesmo o governo sendo condenado sequencialmente nesta temática ano após ano. Este é um fato relevante a se destacar, pois a judicialização da assistência ao câncer de mama é um fato frequente no cotidiano do Poder Executivo estadual e deveria ser abordado no planejamento, na execução e na prestação de contas ao controle social e à sociedade.

Retomando o mapa da assistência ao câncer do estado do Ceará, nota-se que a judicialização também é um fenômeno que demonstra concentração de ações.

Dos seis processos analisados neste trabalho, cinco são oriundos de comarcas do município de Fortaleza e um processo é da Região Metropolitana, município de Pacajus. Os processos oriundos do interior do estado são raros, demonstrando que a dificuldade de acesso ao tratamento no estado do Ceará ocorre pela via do Poder Executivo e também pela via do Sistema de Justiça.

Há certo predomínio da desigualdade na assistência ao câncer e outra desigualdade de natureza semelhante para que os cidadãos possam reclamar seus direitos. Portanto, não há apenas um vazio sanitário de assistência no estado do Ceará, há, também, um vazio de cidadania de forma a proporcionar meios mais efetivos de os usuários do SUS reclamarem quando os fluxos previstos de rede não funcionam.

Conclusão

Investigar os aspectos relativos à judicialização era desejo antigo e uma curiosidade presente no processo de trabalho cotidiano. Neste sentido, o delineamento do tema seguiu essa vontade anterior de pesquisar a respeito da necessidade de compreender se existem dois Sistemas Únicos de Saúde: um dos que judicializam e outro dos que não judicializam.

Em relação ao objetivo geral do trabalho, a saber, compreender os fluxos existentes nos processos de judicialização da assistência ao câncer de mama no estado do Ceará, é possível notar as seguintes questões. Os elementos pesquisados permitiram perceber que o estado do Ceará segue o padrão de conduta preconizado pelo Ministério da Saúde para assistência ao câncer, em especial ao câncer de mama. Há, inclusive, forte incentivo à prevenção do câncer de mama por meio de campanhas, incentivos por produtividade para as unidades de atenção primária, realização de eventos científicos para debater a temática e a rede, contudo há uma falha relevante na rede no que diz respeito à distribuição regional de serviços de diagnóstico e de assistência ao câncer,

bem como há forte judicialização recorrente para matérias repetidas contra o estado do Ceará. Neste sentido, o objetivo geral foi alcançado, na medida em que existem evidências relevantes de que o Poder Judiciário e os demais integrantes do sistema de justiça têm assumido a função de gerenciamento de acesso, qualidade e articulação de rede no estado.

Em relação ao primeiro objetivo específico, a saber, sistematizar os fluxos e procedimentos existentes na busca de assistência ao câncer pela via do Sistema de Justiça (Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública) do estado do Ceará, nota-se que majoritariamente os fluxos exigidos e as devidas fundamentações (solidariedade entre os entes federados, necessidade de planejamento e orçamento para demandas conhecidas) nada mais são do que a obrigação de fazer aquilo que está previsto no ordenamento legal.

No tocante à assistência farmacêutica, é possível perceber que algumas decisões judiciais inovam em fluxos paralelos de gestão de redes, principalmente em relação a medicamentos de alto custo. Neste contexto, o Poder Executivo não muda sua conduta para fornecer os medicamentos necessários aos usuários e “aguarda” para fornecer para aqueles (as) que requererem na justiça os fármacos. Certa displicência do Estado em se defender das ações (não apresentando provas de sua insuficiência de prover o direito do cidadão) demonstra a preferência e a conveniência do Poder Executivo em ser acionado pelo Sistema de Justiça. Este fato se torna ainda mais preocupante pela total ausência de dados sobre a judicialização repetidamente sofrida pelo Estado ano após ano. Nestes termos, a judicialização não tem servido como corretora de fluxos equivocados do Poder Executivo, mas sim como instituidora de fluxo alternativo para aqueles (as) que conseguem reclamar seus direitos.

No tocante ao segundo objetivo específico, a saber, discutir os fluxos estabelecidos pelo Sistema de Justiça e a relação existente com os fluxos regulares de assistência ao câncer de mama na rede pactuados pelo Poder Executivo, percebe-se que se faz necessária uma crítica construtiva ao Poder Executivo no sentido de que é necessária uma mudança de fluxo em relação aos processos de condenação com objeto repetido. Neste contexto, é inadmissível que o estado persista em ser

condenado por motivos semelhantes nos últimos três anos em relação ao câncer de mama, sem modificar suas práticas ordinárias de assistência à doença.

Pelos elementos obtidos neste trabalho, é possível explicitar que a judicialização faz parte da rede de tal forma que o Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, a Justiça Federal no Ceará, bem como o Ministério Público (estadual e federal) e as Defensorias (estadual e da união) possuem serviços especializados em representar e julgar ações no campo da saúde pública. Nesta relação tensa entre estes entes públicos, em uma espécie de disputa cotidiana, há determinações do Sistema de Justiça que não são cumpridas pelos órgãos executores do Poder Executivo e no meio desta “guerra” de institucionalidade está o (a) usuário (a) com dificuldades de conseguir assistência, muitas vezes tendo que recorrer à compra de serviços privados avulsos na busca de seu cuidado contra o câncer.

No contexto da judicialização, o conceito de “região de saúde”, embora pactuado por diretrizes próprias, é subvertido. Interessa aos operadores do Sistema de Justiça, garantir o acesso à saúde ao usuário em qualquer lugar que seja possível. No caso do estado do Ceará, a região de Fortaleza será a mais sobrecarregada com o peso administrativo destas decisões judiciais, haja vista ser o município com o maior número de serviços especializados. Portanto, a judicialização individual não força o Poder Executivo a corrigir as distorções de rede no estado, pois os mesmos centros de oferta de tratamento serão acionados.

As categorias trabalhadas nos resultados e discussão, a saber, ausência recorrente de medicações para a assistência ao câncer de mama e consolidação do Sistema de Justiça com gestor indireto da saúde e da assistência ao câncer de mama, demonstram haver falhas importantes nos fluxos regulares por parte do Poder Executivo. Isso não significa afirmar que o estado não consegue dar assistência aos usuários. No entanto, em muitos casos, a assistência ao câncer, em especial ao câncer de mama, pode ocorrer fora do tempo oportuno e com insuficiência de recursos.

Pela análise dos elementos dispostos neste trabalho é razoável concluir que a governança de rede funciona com dificuldades para a população

que consegue acessar aos centros de assistência ao câncer, concentrados majoritariamente em Fortaleza, com auxílio de Sobral (região norte) e Barbalha (região do Cariri). Nas falhas do sistema, uma parte da população consegue recorrer ao Sistema de Justiça para fazer valer seu direito individual à saúde. O Estado tem preferido acatar decisões individuais oriundas da Justiça do que resolver o problema estrutural de assistência ao câncer, seja pela rede própria, seja pela rede conveniada.

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
2. Kuschnir R. Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado. In: Kuschnir RE, Fausto M, organizadores. Gestão de redes de atenção à saúde. Rio de Janeiro: Ensino à Distância, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
3. Silveira DT, Córdova FP. Unidade 2 – A pesquisa científica. In: Gerhardt E, Silveira DT, organizadores. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande Sul; 2009.
4. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(3):575-586.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
6. Leite VG. Reflexos da judicialização da saúde no acesso igualitário a políticas públicas: a questão dos leitos de UTI no estado do Ceará. [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2016.
7. Defensoria Pública da União. Relatório. Inspeção no Instituto do Câncer do Ceará; 2016.
8. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-407.
10. Secretaria Estadual da Saúde da Ceará. Relatório de Gestão de Janeiro a dezembro; 2017.

SOFRIMENTO, ADOECIMENTO E LUTAS DAS TRABALHADORAS DOMÉSTICAS IMPACTADAS PELO RACISMO: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA MARXISTA E INTERSECCIONALIDADE

Eliane de Sousa Silva*
Jaqueline Gomes de Jesus**

Introdução

A coisificação do negro determinada pelo sistema de escravização deixou marcas que até hoje se reproduzem, tanto por parte do homem branco que oprime, quanto do homem negro oprimido. Essa opressão é mais contundente na vida da mulher negra atravessada não só pelo racismo, mas também pelo machismo e pelas desigualdades sociais. Expostas às mais precárias condições de sobrevivência, a mulher negra não é analisada pelas concepções tradicionais de forma adequada, nem pelo movimento negro que prioriza o “homem negro” como objeto principal, nem pelo movimento feminista que sobrepõe à questão de gênero em relação à raça e etnia. Dentro desta perspectiva, este capítulo pretende analisar a relação da mulher negra com o mundo do trabalho, que também é perpassada por estas questões. O racismo que durante o período de escravização submeteu a mulher negra às piores condições de trabalho da história, continua se reproduzindo no sistema capitalista monopolista do século XXI. Sobretudo, no contexto da Pandemia de covid-19 que explicitou tais condições.

Neste sentido, a proposta deste trabalho contará com a análise de notícias atuais veiculadas pelos meios de comunicação, já que se trata do

* Especialista em Saúde, Racismo e Direitos Humanos, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. elianetenan@gmail.com

** Professora de Psicologia, Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jaqueline.jesus@ifrj.edu.br

estudo de um tema contemporâneo, sobretudo considerando o fenômeno da covid-19 que explicitou as condições de precarização do trabalho da mulher negra, com inúmeros casos de violação de direitos, adoecimento e até morte de mulheres negras orquestradas pelo racismo no mercado de trabalho.

O estudo do racismo contribui para o reconhecimento do Estado brasileiro de que o adoecimento da população negra está relacionado com a precarização das suas condições de vida. Pressionado pelo Movimento Social Negro que atua desde a década de 1970, reivindicando o reconhecimento e reparação da questão negra, em 13 de maio de 2009, o Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria n.º 992, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIP), porém, apesar de existir há mais de dez anos sua efetividade ainda não se deu de forma adequada.

Neste sentido, é de extrema relevância para os profissionais de saúde estarem preparados para o atendimento desta parcela da população usuária do sistema de saúde. Não podemos deixar de considerar, que estatisticamente, a maioria dos usuários do SUS são as mulheres negras em situação de vulnerabilidade, portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam aptos para esse acolhimento, principalmente a categoria do Serviço Social que atua nas demandas mais complexas das expressões da questão social.

Relação entre o passado e o presente das relações do trabalho doméstico

Em 1870, Dona Felice Augusta Carvalho e Silva relatou ao recenseador sobre a forra que vivia em sua casa; “vivem de favor por pena que tive em ver a pobreza dela, mas isto enquanto se portar bem, trabalhar alguma coisa que valha a pena de dar além da comida algum salário” [...]. Segundo a revista *A Mãe de Família*, o objetivo das donas de casa era manter entre suas criadas “disciplina e boa ordem”. Permutar responsabilidade por serviço, proteção por obediência, essas eram as expectativas. Este pequeno trecho do livro da autora Sandra Graham¹ que descreve a condição de muitas mulheres negras, que mesmo livres ainda eram obrigadas por necessidade a se submeterem às

condições de humilhação e subordinação dos seus patrões. Se é que se pode chamar de “patrão” nestas condições, já que não havia salário.

Infelizmente, ainda não superamos a herança colonial e escravagista que vivenciamos, quando a elite brasileira se refere à classe trabalhadora, sobretudo a classe das trabalhadoras domésticas, há sempre uma posição de desdenho e desrespeito por esse trabalho, principalmente quando se trata da concessão de direitos, como podemos observar no trecho da entrevista do empresário e jornalista Guilherme Fiuza para o jornal *O Globo*ⁱ: “Se o prezado leitor escravocrata enjoou da comida de sua empregada, melhor consultar seu advogado. O Socialismo chegou na cozinha e o tempero agora é assunto do Estado”ⁱ.

No artigo publicado pelo jornal, o jornalista satiriza a aprovação das leis que dão garantias e direitos às trabalhadoras, concedidas pela presidenta Dilma Rousseff, colocando a elite, classe a qual ele pertence, como vítima das ideias socialistas da esquerda. Claramente, o jornalista buscou, em seu discurso elitista e conservador, desmerecer as conquistas e lutas históricas destas trabalhadoras, de forma irônica e sensacionalista. Forma esta que tem o intuito de manter as estruturas escravocratas que mantêm os privilégios da branquitude, exemplo claro de uma colonialidade de poder².

As falas citadas refletem a forte ligação do passado com o presente, para entender essa ligação, contamos com o conceito de colonialidade do poderⁱⁱ. Elaborado por Aníbal Quijano², constitui uma relação com o capitalismo moderno/colonial dando origem a um novo padrão de poder mundial baseado na ideia de raça, associando-as a hierarquias, lugares e estereótipos sociais obedecendo a determinados padrões de dominação.

A divisão racial do trabalho foi acrescentada à já existente divisão sexual desde os tempos coloniais até os dias atuais. Dessa forma, no contexto do capitalismo moderno/colonial eurocentrado, constituiu-se a divisão racial e sexual do trabalho, na qual, a princípio, os europeus e seus descendentes recebiam salários, ao contrário do colonizado, que, como servo ou escravo, não era digno de remuneração. Assim, de forma natural, raça, trabalho e sexo apresentam-se relacionados, de maneira sincrônica e bem desenvolvida².

Um exemplo disso é o que temos acompanhado ultimamente na mídia, o número alarmante de trabalhadoras domésticas que ainda vivem em situação análoga à escravidão. Embora estejamos vivendo no século XXI, segundo o Ministério do Trabalho e Previdência, foram resgatadas de trabalho escravo no Brasil cerca de 38 trabalhadoras de 2017 a 2021, sendo em sua maioria mulheres negras, em situação de vulnerabilidade socialⁱⁱⁱ.

Causou comoção nas redes sociais o caso da trabalhadora Madalena Santiago da Silva, de 52 anos, resgatada no município de Vitória da Conquista em 30 de março deste ano, na Bahia. Ela permaneceu por 40 anos vivendo em condições análogas à escravidão. Casos como estes, na maioria das vezes, são resolvidos como violação de direitos trabalhistas, porém a de se considerar que além destes, trata-se também de uma violação de direitos humanos. Geralmente as vítimas saem destas situações com problemas psicológicos e até mesmo físicos ocasionados pela violência e abuso pelas quais passaram. Madalena encontrava-se em um estado de alienação tão agudo, que não permitia que a repórter que a entrevistava pegasse a sua mão, pelo fato de se sentir inferior a ela^{iv,v}.

O mais comum nestes casos, são os abusadores, até podemos dizer “torturadores” destas vítimas, serem apenas condenados a pagar as verbas rescisórias das trabalhadoras, em uma espécie de acordo trabalhista. No máximo pagam uma rescisão por danos morais e cumprem penas leves, diante do dano emocional e psicológico que causam às vítimas.

Além dos danos financeiros, a conduta destes empregadores interfere no modo de vida social destas trabalhadoras, porque elas perdem sua juventude e o tempo de vida que elas não podem recuperar mais, dedicando-se 24 horas a estas famílias. Tudo isso, sustentado com o discurso de que elas “são praticamente da família”, no entanto, não lhes concedem o direito de estudar, ou mesmo um momento de lazer, de constituírem suas próprias famílias, terem vida própria.

Podemos notar que o sistema escravagista, nos primeiros séculos da nossa formação social brasileira, estabeleceu os papéis sociais dos homens e das mulheres brancos, assim como homens e mulheres negros e indígenas.

Esta estrutura ainda hoje é difícil de superar, ou seja, apesar da abolição, os padrões de dominação continuam se reproduzindo.

De acordo com Luiza Batista, coordenadora-geral da Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas (FENATRAD), embora comemore mais um resgate, acredita que nestas mesmas condições existem muitas outras trabalhadoras nesta situação no Brasil. A FENATRAD tem feito um trabalho de parceria com o Ministério Público do Trabalho (MPT), para assegurar a punição dos infratores^{vi}.

Como citado anteriormente no primeiro parágrafo deste capítulo, a intenção das patroas é manter suas empregadas sobre “proteção e obediência” tal como consta o título do livro da autora Graham. Sobre essa ótica, podemos destacar vários elementos que compõem esta relação, o racismo estrutural, as relações de poder e a desigualdade social.

Outra questão a qual devemos dar atenção é; como ainda permitimos que esta realidade ainda se apresente de forma tão contundente atualmente? Parte dessa negligência com a história da mulher negra se fez pela falta de estudos interseccionais, que pudessem abordar com profundidade sua realidade social no sistema econômico e no campo social.

Elas foram praticamente ignoradas pelo movimento negro e pelo feminismo, até que perceberam que não poderiam ficar esperando que fossem representadas e elas mesmas foram em busca de suas representações. A categoria das trabalhadoras domésticas é um exemplo dessa luta, uma classe trabalhadora das mais expostas às precárias condições de sobrevivência e que até pouco tempo, não era considerada “parte da classe trabalhadora” pela sociedade civil e pelas autoridades jurídicas, esta categoria teve que enfrentar um grande percurso até chegar à conquista dos seus direitos.

Trajetória e conquistas

Por volta de 1930, iniciou-se a organização política das trabalhadoras domésticas, quando Laudelina de Campos Melo fundou a primeira entidade em Santos (SP), nomeada de Associação Profissional de Empregados Domésticos,

ainda não possuía condição de sindicato, mas almejavam isso com o propósito de conquistarem direitos trabalhistas. Neste momento já havia uma conexão entre a fundadora da instituição e o movimento negro, mais especificamente a Frente Negra Brasileira³.

Em função da movimentação política e instalação do Estado Novo, houve um período de suspensão do movimento político das trabalhadoras domésticas que só foi retomado na década de 1950, desta vez em articulação com o Rio de Janeiro. O dilema das trabalhadoras domésticas era uma das pautas do movimento negro e foi tema de discussão no I Congresso do Negro Brasileiro⁴.

No entanto, o tema só ganhou destaque nacional em 1960, com a intervenção da Igreja Católica e grupos que se articulavam a partir da noção de classe social, deslocando-as do movimento operário e impedindo-as de conquistar direitos jurídicos e o reconhecimento profissional de sua categoria. Ao perceberem isso, estas trabalhadoras iniciaram uma nova movimentação, dando início às primeiras associações profissionais reivindicando seus direitos. Laudelina de Campos Melo articula com o movimento trabalhista e o movimento negro, e o resultado desta movimentação dá origem ao primeiro congresso nacional da categoria, realizado em São Paulo, em 1968⁵.

É notório que naquele período (1960-1980), a sociedade brasileira considerava predominantemente a interpretação classista da condição da trabalhadora doméstica, apesar de estar presente superficialmente as interpretações raciais e de gênero, porém as demandas mais articuladas se davam em termos de direitos aos demais trabalhadores.

Para compreender melhor esta colocação recorreremos à história. Desde 1º de maio de 1943, foi promulgada a justiça especial do trabalho no Brasil, sendo esta considerada uma das maiores realizações do Governo Getúlio Vargas durante o Estado Novo. No caso dos trabalhadores domésticos, o preconceito se reflete na legislação trabalhista que até 1972 não os reconhecia. Só com a Constituição de 1988, concedeu um percentual mínimo de direitos como o salário mínimo, remuneração do descanso semanal, férias anuais, licença maternidade e aposentadoria^{vii}.

Em 2006, as trabalhadoras domésticas ganharam, além dos direitos já concedidos, o gozo de feriados civis e religiosos e a proibição de gastos com moradia, alimentos e produtos de higiene pessoal usados no local de trabalho antes descontado de seus salários. A lei também foi alterada e introduziu para os empregadores uma dedução de 12% do imposto de renda. Em outubro de 2013, a Lei Complementar 150 estabeleceu um fundo de garantia para o tempo de serviço e a limitação da duração do trabalho para 44 horas semanais. Incluindo outras conquistas como o pagamento de horas extras, seguro-desemprego, gratificação por trabalho noturno, 13º salário e anúncio prévio de rescisão^{vii}.

Entretanto, a partir de 2016 os ajustes neoliberais se intensificam e se tornam mais duros, rompendo até mesmo com a conciliação de classes: mais privatizações, reforma da previdência, reforma trabalhista, congelamento dos gastos públicos, retirada de investimentos de políticas públicas, redirecionamento da maior parte do fundo público para o pagamento da dívida pública, entre outras medidas que trazem graves consequências sociais.

Dentre as mudanças relacionadas ao mercado de trabalho elenca-se a Lei n.º 13.467 de 13 de junho de 2017⁵ que alterou as estruturas do Direito do Trabalho, segundo argumento do governo era necessário atualizar e flexibilizar a legislação, para ampliar a oferta de empregos.

No contexto das alterações que impactaram a saúde das trabalhadoras, destacam-se os direitos sexuais e reprodutivos, como expressos nos artigos 394-A, que trata do trabalho em ambientes insalubres; o art. 611-A, que estabeleceu a supremacia das cláusulas de Convenção Coletiva e Acordo Coletivo de Trabalho sobre as leis, permitindo a negociação sobre os níveis de insalubridade; e, por fim, o art. 396, que aborda os intervalos de amamentação, possibilitando a negociação entre o empregador e o empregado^{viii}.

Como visto anteriormente, o Brasil é um país que tem sua base econômica e social estruturada no sistema escravista colonial, dessa forma tudo o que somos hoje é consequência do que fomos. Apesar de parecer óbvio, não é assim que a sociedade brasileira enxerga a sua realidade. A discussão do racismo no Brasil é considerada “inconveniente”. O problema é que essa

inconveniência em falar sobre os mais de 300 anos de escravidão que vivemos neste país dificulta o reconhecimento e a reparação das atrocidades vividas pelos escravizados, que reflete nas condições de vida dos seus descendentes nos dias atuais, em especial a mulher negra.

Sem o conhecimento do passado, não tem como reparar o presente, esta pode ser também uma estratégia da classe dominante majoritariamente branca, para dificultar e impedir o povo negro de acessar a sua história, e assim manter as estruturas atuais e os seus privilégios. Segundo Fanon⁶, a ideologia que ignora a cor pode apoiar o racismo que a nega, com efeito, a exigência de ser indiferente à cor significa dar suporte a uma cor específica: a branca.

O racismo, segundo Almeida⁷, é uma forma sistemática de discriminação fundamentada na raça, que se apresenta de forma consciente ou inconsciente, culminando em desvantagens ou privilégios para indivíduos, de acordo com do grupo racial do qual faz parte. Dentro dessa perspectiva, está presente o racismo institucional, que define o racismo como resultado não só do comportamento individual, mas também das instituições que passam a atuar da mesma forma que os indivíduos, privilegiando ainda que indiretamente com base na raça, com significativos impactos analíticos e políticos.

Isso explica, por exemplo, porque é tão difícil promover a equidade nas instituições de saúde. A maioria desses profissionais confunde a equidade com diferenciação negativa por falta de conhecimento histórico, já que a questão negra não é debatida nos cursos de formação profissional, e quando é discutida se faz de forma apenas numa narrativa eurocentrada, sem análise crítica com a realidade. Além disso, o racismo institucional está diretamente articulado com a questão da falta de representatividade negra em lugares estratégicos de gestão e poder.

Impactos do racismo na saúde das trabalhadoras domésticas

A Pandemia de covid-19 deixou clara essa relação, tendo como primeira vítima do vírus no Brasil uma empregada doméstica negra infectada pelos patrões.

A mulher já ocupa uma posição secundária no mercado de trabalho em comparação ao homem, e a mulher negra encontra-se abaixo da posição da mulher

branca. Sendo assim, sobram para as mulheres negras os trabalhos mais precários, com remunerações menores que influenciam na qualidade de vida e, conseqüentemente, ocasionam mais adoecimento físico e mental destas trabalhadoras^{ix}.

Segundo levantamento de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁸, 68,6% de pessoas brancas ocupam cargos gerenciais contra 29,9% ocupados pela população negra no mercado de trabalho. Os cargos mais insalubres, os que exigem mais força física, são os ocupados por negros. Pessoas abaixo da linha de pobreza 32,9% para negros, contra 15,4% para brancos, também são os que vivem em piores condições sanitárias, com moradia precária, falta de saneamento básico, sem água potável e, conseqüentemente, são os que possuem menos acesso à alimentação adequada.

Apesar da projeção feminina no mercado de trabalho, para a mulher negra essa evolução ainda caminha em passos lentos, segundo o Instituto de Pesquisas Aplicadas (2020)⁹, 92% das trabalhadoras domésticas são mulheres, e 62% são mulheres negras. Sendo estas as mais expostas às doenças proporcionadas pelas relações de trabalho, não só físicas, mas também psicológicas ocasionadas muitas vezes por fatores racistas, análogas à escravidão.

De acordo com os dados analisados, a trabalhadora doméstica é a mais afetada pelo racismo no Brasil, justamente pela herança cultural que essa profissão tem com o sistema escravista. Além disso, é um campo de trabalho o qual a mulher negra é colocada de forma compulsória, por necessidade e não por escolha devido à grande lacuna ocasionada pela desigualdade social.

Segundo Kimberlé Crenshaw¹⁰, as mulheres negras se responsabilizam por suas famílias e pelas famílias dos outros. Esse argumento diz muito sobre as trabalhadoras domésticas no Brasil que têm nas casas de família o seu próprio “quartinho”, uma espécie de “senzala moderna”.

Essa responsabilidade colocada sobre as mulheres, já é alvo de muitas pesquisas que trabalham a relação da pobreza ligada ao gênero, no âmbito internacional e nacional. Não é coincidência que na América Latina tenha crescido o número de políticas de que utilizam a mulher como sujeito intermediário entre sociedade e Estado.

Esta articulação tem relação com o fenômeno desenvolvido pela socióloga Diane Piece¹¹ que pesquisou entre as décadas de 1950 e 1970 o aumento da pobreza absoluta de mulheres nos Estados Unidos, e também, o crescimento da pobreza dos indivíduos chefiados por elas. A autora considera que as causas da feminização da pobreza estão pautadas principalmente nas fontes de remuneração (trabalho, seguro social, renda mínima e pensão alimentícia), observando que a feminização da pobreza não se dava apenas pela posição da mulher na estrutura familiar, mas também à sua posição precária no mercado de trabalho, considerando baixos salários e alta ocupação do mercado informal de empregos.

No Brasil, o público-alvo das políticas de distribuição de renda são as mulheres negras, porém os benefícios oferecidos pelo Estado não são suficientes para a manutenção das suas famílias, submetendo-as às mais precárias condições de trabalho. Ao contrário de viabilizar direitos, o Estado está cada vez mais inclinado a violá-los.

Segundo Ivanete Boschetti¹², vivemos um momento de “expropriação dos direitos e reprodução da força de trabalho”. A autora aborda a temática da redução e destruição dos direitos sociais no capitalismo tardio, e a supressão da classe trabalhadora, impossibilitando-a de acessar parte da riqueza socialmente produzida apropriada pelo Estado sob forma de fundo público reduzindo a participação do Estado Social na reprodução da força de trabalho e de suas famílias, com a finalidade de obrigar a classe trabalhadora a pagar pelos serviços e benefícios que deixam de ser público e se tornam privados.

Dessa forma, facilita o aumento da acumulação de capital, mudando o papel do Estado Social na reprodução ampliada do capital. Tornando o Estado cada vez mais funcional ao capital, precarizando e sucateando os bens e serviços públicos com o objetivo de privatizá-los, sendo a saúde uma das mais propensas a essa promessa, para ampliação do lucro dos planos de saúde.

Para o Serviço Social, o direito à saúde é uma discussão de suprema relevância, pois o 3º princípio do Código de Ética^x determina a “garantia dos direitos, ampliação e consolidação da cidadania” no Brasil.

Além disso, a concepção de saúde não se configura apenas como ausência de doença, como a própria Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, determina em seu Art. 2º que a saúde é um direito fundamental e obrigação do Estado prover as condições necessárias para o gozo desse direito, tendo como seus determinantes e condicionantes o acesso à moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação e alimentação, lazer, mobilidade entre outros elementos necessários ao bem-estar social.

Portanto, no contexto da globalização mundial, que nos remete aos novos padrões de trabalho reduzidos às necessidades do próprio capital, observamos um aumento na exclusão social, econômica, política e cultural de homens, jovens, crianças e mulheres das classes subalternas, com destaque para as mulheres negras, que compõem a grande maioria.

Marilda Yamamoto¹³ propõe a decifrar o Serviço Social na contemporaneidade e recriá-lo, e para tanto é importante determinar o rompimento com a visão endógena, focalista, uma visão de “dentro do serviço social”, prisioneira de seus muros internos. Ampliar os horizontes, olhar para mais longe, para os movimentos das classes sociais e do Estado em suas relações com a sociedade; sem intenção de descaracterizar a profissão, mas sim para desenvolvê-la com mais perspicuidade. Extrapolando o Serviço Social para melhor apreendê-lo na história da sociedade na qual ele é parte e expressão. Essa proposta da autora sugere que incorporemos à discussão em nossa categoria as demandas trazidas pelo racismo estrutural no cotidiano dos atendimentos nas instituições que prestam serviços à população usuária.

É necessário conhecer a história desse cidadão que sofre com a desigualdade social e racial, resultado não apenas da herança do passado escravista, mas também das desigualdades raciais presentes no Brasil contemporâneo, originadas de comportamentos discriminatórios fundamentados tanto em valores individuais quanto institucionais.

De acordo com Franz Fanon⁶, estamos envolvidos no fenômeno de alienação do negro como oprimido e do branco como opressor, ele coloca que para romper com esse processo de dominação é necessária uma reconstituição

da humanidade negada pelo racismo e pelo colonialismo. Portanto, a discussão do tema racismo precisa ser integrada aos programas de ensino, para todas as categorias que compõem o corpo de trabalhadores das instituições públicas de saúde, segurança e assistência.

Contribuições do marxismo e da interseccionalidade

O conceito de “interseccionalidade” foi desenvolvido pela crítica feminista negra nas décadas de 1970 e 1980 como teoria crítica de raça, reivindicando experiências que não eram consideradas pelo feminismo branco, nem pelo movimento antirracista focado nos homens negros. Tal conceito foi desenvolvido pela intelectual afro-estadunidense Kimberlé Crenshaw, que após a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, em Durban, na África do Sul, em 2001, tornou-se recorrente no meio acadêmico. A interseccionalidade nos dá instrumentalidade teórica à trama estrutural do racismo e capitalismo que atravessam as expressões da questão social da mulher negra. Também nos permite enxergar o impacto das estruturas identitárias, preenchendo o abismo deixado pelo feminismo que não contempla mulheres negras, reproduzindo o racismo, tal como no movimento negro que falha pelo caráter machista, contemplando apenas o homem negro. O conceito também torna mais abrangente a ampliação dos direitos humanos baseados no gênero, e às formas pelas quais o gênero intersecta-se considerando outras identidades e a implicação dessas intersecções na vulnerabilidade da diversidade feminina, por vezes obscurecidas e marginalizadas nos discursos sobre direitos¹⁰.

Portanto, o conceito de interseccionalidade contribui positivamente para a análise das desvantagens, as vulnerabilidades, opressões e desempoderamentos que atravessam de forma dinâmica em dois ou mais pontos de encontro dos eixos de poder destas mulheres que muitas vezes se iniciam na infância. Muitas mulheres pretas iniciam o trabalho doméstico ainda criança, devido à falta de oportunidade, pela vulnerabilidade social em que nascem.

Enquanto isso, a teoria marxista explora as relações de trabalho a partir da divisão entre homens e mulheres como uma contradição secundária, a qual será resolvida com o fim da contradição de classe e com a mudança do modo de produção. A partir de 1960, correntes revisionistas marxistas, influenciadas por movimentos da história social, apresentaram uma nova proposta com a abordagem de objetos de estudo antes ultrapassados pela história, entre estes objetos o estudo das mulheres e do racismo.

O próprio Frantz Fanon, abordado anteriormente, é considerado por muitos estudiosos de sua obra um pensador marxista. Ser marxista implica na conciliação de três dinâmicas, a primeira na compreensão da centralidade do conflito como elemento definidor ontológico da burguesia, a segunda é ter uma concepção materialista da sociedade e da história defendendo uma proposta de ruptura política de revolução de enfrentamento e combate as contradições sociais e por fim, fazer a análise concreta da situação, sendo que está sempre em movimento e o marxismo acompanha esta dinâmica⁷.

Perspectivas atuais do trabalho doméstico no Brasil

De acordo com Heleieth Saffioti¹⁴, o emprego para uma mulher significa muito mais do que receber um salário. Significa participar da vida comum, ser capaz de construí-la, sair da natureza para fazer a cultura e sentir-se menos insegura na vida. Consiste também numa atividade ocupacional, desencadeando uma fonte de equilíbrio, no entanto, tal equilíbrio não pode ser imaginado apenas exclusivamente como resultado do exercício de uma atividade profissional. A autora reforça o papel da mulher na constituição da família nas sociedades capitalistas, afirmando que a força de trabalho feminina alterna entre o mercado como mercadoria a ser trocada, e ora se põe no lar como mero valor de uso para atender às determinações como mercadoria da força de trabalho do chefe de família.

No governo Bolsonaro, as políticas de assistência às mulheres trabalhadoras no Brasil foram conduzidas de forma misógina, machista e

sexista. Nada mais vergonhoso do que o programa de governo MP1.116, que prevê a liberação do FGTS das mães para financiar a creche de seus filhos. Esta medida transfere a responsabilidade dos filhos apenas para as mulheres, eximindo o Estado da responsabilidade de criação de creches públicas e também a responsabilidade dos pais, quando limita o uso do FGTS apenas das mães^{xii}.

Dessa forma, a sociedade cria arquétipos femininos que a comunidade constrói e alimenta, para que esta mulher se adapte de forma simultânea e intermitente aos dois papéis na sociedade capitalista sem apoio do Estado.

Nos últimos quatro anos, foram ainda mais difíceis para as mulheres evitar que seus direitos fossem violados, principalmente tendo como chefe de estado, um governo que reforça o pensamento machista e misógino como Jair Messias Bolsonaro, que não se intimida em demonstrar sua posição com relação às mulheres no mercado de trabalho, inclusive ele foi o único parlamentar que votou contra a chamada “PEC das Domésticas”, na época o mesmo era deputado federal. No seu discurso, alegou que o seu voto seria um apoio a estas trabalhadoras que provavelmente perderiam o seu emprego, caso a lei fosse aprovada^{xiii}.

A luta das trabalhadoras domésticas é uma batalha que envolve também a desconstrução de estereótipos e a desmontagem da língua colonial: “a língua tem, também uma dimensão política de criar, fixar e perpetuar relações de poder e de violência, pois cada palavra que usamos define o lugar de uma identidade”¹⁵.

Assim, o termo “domésticas” deriva etimologicamente do latim “Domus” que significa domesticar, tornar caseiro, civilizado, adaptado à vida das pessoas com as quais convivem^{xiv}. É exatamente desta forma que os patrões tentam direcionar a relação de trabalho com suas empregadas, tal como citamos anteriormente no relato de 1870 retirado do livro da autora Sandra Graham^{xv}.

Isso também reforça a ideia de limitação destas trabalhadoras à vontade dos seus patrões. Elas são impedidas de terem vida própria, usufruírem dos mesmos costumes e lazeres que eles. Um exemplo disso foi o discurso do ex-ministro da Economia Paulo Guedes, que se mostrou incomodado com o acesso das domésticas a viagens para Disney nos governos do Partido dos

Trabalhadores (PT), para justificar a alta do dólar em 2020. Mais uma tentativa de colocá-las no lugar que a elite reserva para essa classe trabalhadora – a cozinha, e nada mais que isso^{xvi}.

Esse posicionamento em relação ao trabalhador doméstico se dá não só pelos políticos, mas também pela elite e classe média brasileira. Isso ficou explícito durante a votação da PEC das Domésticas, em 2015, quando boa parte da sociedade argumentava que o trabalho doméstico era diferente dos demais, ou que a família não era uma empresa e, portanto, não poderiam pagar os direitos a estas trabalhadoras, ou mesmo a velha frase de que “não pago salário, porque ela é praticamente da família”.

Com apenas uma representante no Congresso, a deputada Benedita da Silva, a PEC das Domésticas foi aprovada. A aprovação da PEC trouxe muita revolta de boa parte da sociedade, que não reconhece a importância destas trabalhadoras. No entanto, durante a quarentena do período pandêmico, elas foram consideradas essenciais em alguns estados como Maranhão, Pernambuco e Rio Grande do Sul, contrariando a reivindicação da presidente da FENATRAD Luiza Batista^{xvii}.

É importante destacar que apesar desses estados considerarem o trabalho doméstico essencial, não colocaram estas trabalhadoras como prioridade na fila para a vacinação. Ou seja, para serem expostas à doença elas foram priorizadas, mas não deram as condições necessárias para que exercessem a sua função com segurança, como as demais categorias consideradas essenciais.

Para a FENATRAD a posição destes estados representa o racismo estrutural expressado pela sociedade, já que dos 6,4 milhões de trabalhadores domésticos, 95% são mulheres e 63,3% são negras. Além disso, não houve empatia da elite brasileira com relação às condições financeiras das empregadas domésticas, e das dificuldades que enfrentam em prover o sustento de suas famílias durante a Pandemia de covid-19. Apesar do apelo da presidente da FENATRAD aos patrões, de manterem os salários das suas trabalhadoras e que não as demitissem durante a crise sanitária, inclusive as diaristas que não possuíam vínculo, houve nesse período um aumento excessivo de demissões. O trabalho doméstico, segundo

a representante da FENATRAD, é de extrema importância para a sociedade e necessário para a manutenção da saúde, pois a limpeza de uma residência, o cuidado com um idoso ou mesmo o cuidado com um bebê exercido por uma babá, é uma questão de saúde pública e merece ser respeitada^{xvii}.

Conclusão

A partir do conceito de “interseccionalidade” e do marxismo, procuramos desenvolver, como se estrutura a desigualdade recorrente que permeia as relações de trabalho doméstico no Brasil. Por meio da história, buscamos compreender os estigmas sociais, estruturais e econômicos pertinentes no cotidiano dessa relação, sendo o racismo o principal eixo destas expressões, que oprimem e adoecem a mulher negra. Para tanto, iniciamos a discussão aqui proposta com uma fonte do século XIX para recapitular o pensamento do sistema escravista. Posteriormente, citamos uma entrevista recente para comparar a semelhança das mentalidades da sociedade brasileira, que, apesar do tempo, permanece racista, servindo como combustível para o sistema de exploração capitalista.

Nesse sentido, faz-se importante a contribuição do conceito marxista, para compreender o quanto o capitalismo se beneficia do racismo, para a reprodução das desigualdades sociais que colocam a população negra na condição de vulnerabilidade e opressão, com o discurso de liberdade e democracia social, pois no Brasil a classe operária tem raça e cor.

Bem como o conceito de “interseccionalidade” contribuiu para elencar os marcadores que diferenciam classe, raça e gênero, elementos que atravessam a mulher negra e reproduzem a desigualdade, a opressão e a vulnerabilidade, mas que, por outro lado, trazem também motivação, empoderamento e luta por melhores condições de trabalho.

A despeito da Pandemia de covid-19, foi exposta a importância do trabalho doméstico no cotidiano brasileiro. Como enfatizou a presidente da FENATRAD, é um trabalho que possui relevância sanitária e, portanto, uma questão de saúde pública. Durante o período de quarentena, muitas

pessoas públicas expressaram nas suas redes sociais e na mídia, o quanto estavam sofrendo e adoecendo por estarem executando tarefas domésticas em suas residências, porque suas trabalhadoras não estavam podendo ir trabalhar. Porém, o que a mídia enfatizava não era a relevância do trabalho doméstico, mas sim, os danos e prejuízos sofridos pelos patrões. O resultado, como vimos, foi a demissão em massa destas trabalhadoras, no momento em que elas mais necessitavam.

Portanto, a partir do que foi exposto, poderíamos nos aventurar a responder; de que forma o combate ao racismo no mercado de trabalho implicaria na redução da vulnerabilidade da saúde da mulher negra? Possivelmente, a redução dos impactos do racismo nas relações de trabalho poderia ser combatida por meio de políticas públicas que promovam maior equidade social, em conformidade com os direitos humanos, além de uma fiscalização mais expressiva nos ambientes de trabalho e a efetiva punição dos violadores desses direitos.

Além de outros meios, como a conscientização e educação da população sobre as questões envolvendo a população negra, é importante encarar essas demandas como coletivas e não individuais. O fortalecimento dos sindicatos representa um dos caminhos para fortalecer essa coletividade.

Atualmente, os sindicatos das trabalhadoras domésticas exercem além da função de intervenção trabalhista, uma dimensão educativa. Buscam a conscientização de suas trabalhadoras, não só por meio dos direitos trabalhistas, mas também pela abordagem de temas como o racismo, a violência doméstica, o assédio moral e outras questões que influenciam diretamente suas relações de trabalho, perpassando o seu cotidiano, causando adoecimento e dor a essa categoria.

Referências

1. Graham SL. Proteção e obediência-Criadas e seus patrões no Rio de Janeiro, 1860-1910. São Paulo: Companhia das Letras; 1992.
2. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Egardo (Org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais - perspectivas

latino-americanas. Buenos Aires: Clacso; 2005.

3. Bernardino CJ. Saberes subalternos e decolonialidade: os sindicatos das trabalhadoras domésticas no Brasil. Brasília:EdUnB; 2015.
4. Nascimento A. Quilombo: vida, problemas e aspirações do negro (edição fac-similar do jornal dirigido por Abdias do Nascimento). São Paulo: FUSP; 2003.
5. Presidência da República. Lei N° 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília: Diário Oficial da União. 2017; 13jul. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-. Acesso em: 31 mar. 2024.
6. Fanon F. Pele negra máscaras brancas. Salvador: EDUFBA; 2008.
7. Almeida SL. Racismo Estrutural.São Paulo: Sueli Carneiro/ Jandaíra; 2021.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. 1 ed. Estudos e Pesquisas Informação Demografica e Socio econômica; 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhe&id=2101681>. Acesso em: 31 mar. 2024.
9. Instituto de Pesquisas e Estatísticas. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Vulnerabilidade das trabalhadoras domésticas no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil. Instituto de Pesquisas e Estatísticas; 2020. Disponível em: <https://www.ipea.go>. Acesso em: 31 mar. 2024.
10. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Rev Estud Fem. 2002;10(1):171–88.
11. Marins MTA. Bolsa Família questões de gênero e moralidade. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.
12. Boschetti I, organizador. Expropriação e Direitos no Capitalismo. 1 ed. São Paulo: Cortez; 2018.
13. Yamamoto MV. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26° ed. São Paulo: Cortez; 2015.
14. Saffioti H. Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade. Lutas Sociais. 2004;(2):59-7.
15. Kilomba G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.

Notas finais

- i. Fiúza G. A revolução da empregada. Jornal O Globo. 2013 Apr 13. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniao/a-revolucao-da-empregada-8101857> (Acesso em 23 Jan 2023).
- ii. Quijano introduz o termo colonial, destacando que a colonialidade é constitutiva da modernidade, sendo seu lado oculto.

- iii. Central Única de Trabalhadores. Trabalhadoras Domésticas são resgatadas de trabalho escravo. Central Única de Trabalhadores. 2022 Feb 07. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/trabalhadoras-domesticas-sao-resgatadas-de-trabalho-escravo-no-rn-pb-e-rs-2501>
- iv. Oliveira A. Resgatadas após trabalho análogo a escravidão. G1.com.Bahia. 2022 Apr 28. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2022/04/28/resgatada-apos-trabalho-analogo-a-escravidao-na-ba-se-assusta-apos-tocar-em-mao-de-reporter-receio-de-pegar-na-sua-mao-branca.ghtml>
- v. Barroco MLS, Terra SH. Código de Ética do/a Assistente Social Comentado. Conselho Federal de Serviço Social-CFESS. São Paulo: Corte; 2012.
- vi. Federação Nacional de Trabalhadoras Domésticas. Número de pessoas resgatadas do trabalho escravo doméstico cresce mais de 13 vezes em 5 anos. FENATRAD Brasil de Fato. 2022 Jan 29. Disponível em: <https://fenatrad.org.br/2022/01/31/6642/>
- vii. Presidência da República. Lei Complementar nº 150, de 1º de junho de 2015. Brasília: Diário Oficial da União; 2015; 1jun.
- viii. Presidência da República. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Brasília: Presidência da República. 1943; 1mai. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEL%205.452-1943?OpenDocument
- ix. Izidro M. Brasil é apenas 130º em ranking que analisa igualdade salarial entre homens e mulheres com trabalho semelhante. G1 economia. 2019 Dec 17. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/12/17/brasil-e- apenas-130o-em-ranking-que-analisa-igualdade-salarial-entre-homens-e-mulheres-com-trabalho-semelhante.ghtml>. Acesso em: ago. 2020.
- x. Presidência da República. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 1990; 20set.
- xi. Marx K, Engels F. A ideologia Alemã. São Paulo: Grijalbo; 1977.
- xii. Presidência da República. Medida provisória nº 1.116, de 4 de maio de 2022. Institui o Programa Emprega + Mulheres e Jovens e altera a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Brasília: Presidência da República. 2022; 4mai.
- xiii. Câmara dos Deputados. 56ª Legislatura-4ªSessão Legislativa Ordinária. Brasília: Presidência da República. 2013; 17abr. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/401222-jair-bolsonaro-e-contra-aprovacao-da-pec-das-domesticas/>. Acesso em 23 jan. 2023.
- xiv. Instituto fazendo história. Vamos repensar nosso vocabulário? São Paulo: Instituto fazendo história; 2020. Disponível em: <https://www.fazendohistoria.org.br/blog-geral/2020/11/20/vamos-repensar-nosso-vocabulrio>. Acesso em 23 jan. 2023.
- xv. Graham SL. Proteção e obediência-Criadas e seus patrões no Rio de Janeiro, 1860-1910. São Paulo: Companhia das Letras; 1992.

- xvi. Rara P. Ministro Paulo Guedes, fui empregada doméstica e preciso te dizer uma coisa. Portal Geledés. 2020 Feb 14. Disponível em: https://www.geledes.org.br/ministro-paulo-guedes-fui-empregada-domestica-e-preciso-te-dizer-uma-coisa/?gclid=EAIaIQobChMI1-L54fbS9wIVGneRCh1yKgvzEAAAYAiAAEgLnU_D_BwE. Acesso em: 12 jan. 2021.

Brasil de Fato. Sindicato critica estados que incluíram domésticas em serviço essencial na quarentena. Brasil de Fato. 2020 May 25. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/25/sindicato-critica-estados-que-incluiram-domesticas-em-servico-essencial-na-quarentena>. Acesso em 23 jan. 2023.

Capítulo

9

O USO DE MÁSCARAS FACIAIS NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS NO AMBIENTE DOMICILIAR: UMA REVISÃO RÁPIDA

Francisca Maria da Silva*

Israel Lucas Fernandes de Paula e Silva**

Inara Pereira da Cunha***

Ricardo da Cunha Araújo****

Introdução

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) abrange casos de síndrome gripal (SG) que evoluem com comprometimento da função respiratória, apresentando sinais de desconforto respiratório ou taquipneia, hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente, podendo levar à hospitalização na maioria dos casos, sem outra causa específica¹. A SRAG possui uma grande importância epidemiológica com grande taxa de mortalidade nas faixas etárias extremas de determinadas populações². As infecções respiratórias agudas (SRAG) podem estar associadas a inúmeros patógenos como: o vírus da influenza, vírus sincicial respiratório (VSR), rinovírus, adenovírus, parainfluenza (1, 2, 3 e 4), metapneumovírus, SARS-CoV-2, dentre outros³.

No caso da influenza, a transmissão do vírus entre humanos ocorre por três vias: (1) contato direto ou indireto entre uma pessoa infectada e uma pessoa suscetível, geralmente resultando na contaminação das mãos de uma

* Bióloga da Vigilância Sanitária e Ambiental (VISA) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Novo Oriente, Ceará, Brasil. mariadasilvafranci@gmail.com

** Médico Sanitarista na Coordenação de Equidade da Diretoria de Gestão do Cuidado da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Bahia, Brasil. Israellucas@hotmail.com

*** Tutota e integrante do VigiEpidemia – Fiocruz Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, Brasil. inara-pereira@hotmail.com

**** Médico generalista pela Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, Brasil. ricardocunhamd@gmail.com

pessoa suscetível seguida de contato da mão com a mucosa respiratória; (2) pulverização de gotículas grandes em que gotículas de fluido respiratório; e (3) aerossóis gerados pela liberação de gotículas menores contendo vírus, como pode ocorrer durante a respiração corrente e a tosse⁴.

Em 2021, durante o cenário pandêmico, o Brasil passaria a apresentar a circulação concomitante de vários vírus respiratórios, incluindo a nova cepa do vírus influenza (H3N2) que leva à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), gerando uma situação crítica em toda a rede assistencial^{5,6}.

O Brasil realiza monitoramento da SRAG desde o ano 2000, contudo, como dito anteriormente, a situação epidemiológica de casos graves em 2021 foi crítica, apresentando o total de 1.709.552 casos notificados, dos quais aproximadamente 70% para SRAG por SARS- CoV-2 e 30% para SRAG por influenza e SRAG não especificado⁶.

Mesmo com a significativa queda atual no número de casos de SRAG no Brasil, em junho de 2022, o Boletim InfoGripe Fiocruz observou um cenário de crescimento de casos semanais de SRAG em todas as faixas etárias da população adulta, ressaltando a importância da imunização, mas especialmente a manutenção de cuidados preventivos no cotidiano da população, como o uso de máscara. Autores do relatório afirmam que é fundamental que a população retome certas medidas simples e eficazes como o uso de máscaras, especialmente no transporte público, seja ele coletivo ou individual – tais como ônibus, trem, metrô, barcas, táxis e aplicativos⁷.

O uso de máscaras foi intensificado durante o recente contexto pandêmico como forma de proteção ao seu agente etiológico, o SARS-CoV-2, inibindo a transmissão dos indivíduos infectados e/ou evitando seu contágio por indivíduos sadios. Assim, algumas nações, como o Brasil, adotaram como política pública a utilização obrigatória das máscaras em ambientes abertos e/ou fechados, aumentando a demanda pelo mesmo, o que promoveu um desabastecimento deste item mundialmente⁸.

A máscara facial enquanto meio de reduzir a transmissão de vírus gripais, como do tipo influenza, é recomendada por várias instituições de

pesquisas como o CDC (*Centers for Disease Control*), órgão de saúde do governo dos Estados Unidos que recomenda o uso de máscaras faciais aos pacientes com gripe. Ainda diante dos recentes estudos que ressaltam a eficácia das máscaras cirúrgicas em capturar o vírus da gripe em spray de gotículas grandes, muitos pesquisadores sugerem que seu uso por pacientes infectados cause impacto clínico significativo na transmissão⁴.

Dados sobre a eficácia da máscara facial para limitar a transmissão do vírus da influenza entre familiares positivos são escassos⁹. Para apoiar essa medida entre os familiares, é importante identificar na literatura se há indícios da eficácia do uso da máscara facial para limitar a transmissão da influenza por grandes gotículas produzidas durante a tosse entre indivíduos positivos e domiciliados.

Neste sentido, o presente estudo tem como propósito identificar a eficácia do uso de máscara facial por pessoas domiciliadas quando acometidas por infecções do trato respiratório causadas pelo vírus influenza, como estratégia de prevenção da transmissão do vírus aos familiares. O presente trabalho trata-se de uma revisão rápida. Para Nascimento *et al.*¹⁰, as revisões rápidas são caracterizadas por combinar e filtrar estudos científicos de qualidade, são estudos apropriados e acessíveis aos tomadores de decisões. Por meio delas iremos elaborar uma resposta rápida para o problema em questão. A produção de revisões rápidas nos últimos anos vem aumentando substancialmente, principalmente na esfera pública por meio dos ministérios da saúde de diversos países, por muitos profissionais da área de saúde que elaboram tais estudos no formato de literatura cinzenta como fonte de pesquisa interna, sendo divulgada e discutida entre categorias específicas, de acordo com interesses de cada um desses profissionais. Devido ao curto espaço de tempo para a elaboração do trabalho e à escassez de recursos disponíveis, esta opção mostrou-se mais eficiente que as demais.

Inicialmente, será feita uma busca nos bancos de dados especificados, em todos os campos, de acordo com os termos, em português e inglês, no total ou em combinações possíveis dos termos, de acordo com o tema. Em uma segunda etapa

de seleção, será feita a leitura dos títulos e resumos. Na terceira e última etapa de seleção, serão aplicados os critérios de inclusão e exclusão aos textos completos. Todas as etapas serão realizadas igualmente pelos membros da equipe.

Metodologia

Escolha e justificativa de atalhos que serão utilizados para a elaboração da resposta rápida

As estratégias de atalhos metodológicos foram criadas com a finalidade de abreviar o processo de elaboração das respostas rápidas e, com isso, trazer um enorme apoio ao processo de tomada de decisões¹⁰.

Os atalhos metodológicos escolhidos pelo grupo foram a limitação do uso de repositórios científicos para a busca de evidências em apenas dois locais – na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no portal *United States National Library of Medicine do National Institutes of Health* (Medline/PubMed), a inclusão de estudos em apenas dois idiomas (português e inglês), o período de publicação (publicações dos últimos 20 anos) e a não avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Tais atalhos foram escolhidos principalmente em virtude do curto espaço de tempo para a elaboração do estudo. Além disso, influenciou também na escolha o grande número de artigos encontrados nos repositórios científicos, mesmo com os filtros empregados, e a dificuldade para a tradução de outros idiomas.

Definição dos critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas revisões sistemáticas, com ou sem metanálises, ensaios clínicos randomizados ou não (humanos), observacionais, publicadas em inglês e português a partir de 2009, e que analisaram a eficácia do uso de máscara facial como estratégia de evitar transmissão do vírus da influenza em ambiente domiciliar. Não foram incluídos outros estudos primários, *scoping reviews*, revisões de literatura e *policy briefs*. Os critérios de elegibilidade encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos critérios de inclusão e exclusão

Elementos do acrônimo PICOT	Inclusão	Exclusão
P (População)	População domiciliada*.	População domiciliada com problemas de saúde ou portadoras de necessidades especiais.
I (Intervenção)	Máscara de tecido ou máscara de uso não profissional, máscara ou respirador NN9, máscara ou respirador PFF2/N95.	Intervenção farmacológica.
C (Comparador)	Outras intervenções de proteção pessoal e a etiqueta respiratória.	Distanciamento social.
O (Desfecho)	Infecção pelo vírus da influenza.	Outros desfechos.
T (Tipo de estudo)	Revisões sistemáticas, ensaios clínicos, estudos observacionais.	Outros estudos, editoriais, comentários, artigos de opinião.

*Nota: foram considerados “pessoas domiciliadas” conforme citado no escopo da palavra nos descritores de ciências da saúde, a saber: aqueles impossibilitados de deixar sua casa sem esforço excepcional e apoio; os pacientes (nesta condição) que são providos com ou são qualificados para serviços de saúde em casa, incluindo tratamento médico e cuidado pessoal. Pessoas são consideradas pacientes domiciliários mesmo se eles podem se ausentar não frequentemente e brevemente de casa para receber cuidados de saúde no consultório de um profissional ou instituições de cuidados de saúde.

Fonte: elaborado pelos autores.

Definição da estratégia de busca

Utilizou-se duas bases de dados de acesso livre como a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e o PubMed. As estratégias contaram com os descritores indexados: “Controle de Infecção”, “Máscaras”, “Influenza Humana”, em português e em inglês. Foram empregados os operadores booleanos “AND” e “OR” para realizar as combinações entre dos termos indexados e para a combinação dos sinônimos, respectivamente. Foram pesquisados artigos em inglês e português publicados nos últimos dez anos.

Busca

Quadro 2. Estratégia de busca e resultados na BVS (data: 25/11/2022)

Estratégia de busca	Resultados
("Controle de Infecções" OR "Controle de Infecção") AND (Máscaras) AND ("Influenza Humana" OR Gripe OR "Gripe Humana" OR Influenza OR "Influenza em Humanos"). Filtro: últimos 10 anos.	41

Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 3. Estratégia de busca e resultados na PubMed (data: 25/11/2022)

Estratégia de busca		Resultados
#1	Infection Control OR Control, Infection	203.121
#2	Masks OR Mask	48.116
#3	Influenza, Human OR Human Influenzas OR Influenzas, Human OR Influenza OR Influenzas OR Human Flu OR Flu, Human OR Human Influenza OR Influenza in Humans OR Influenza in Human OR Grippe	59.647
4	#1 AND #2 AND #3	250

Fonte: elaborado pelos autores.

Exportação dos resultados das buscas

As pesquisas nas bases de dados resultaram em 291 títulos, que foram exportados para o *software* de gerenciamento de referências Zotero¹¹. Houve a identificação de 78 duplicatas. Em seguida, 213 artigos foram exportados para o aplicativo Rayyan¹². Estes passaram pela triagem em dupla, de modo independente, por meio da leitura do título e resumo conforme critérios de elegibilidade definidos.

Dos 213 artigos, após triagem por títulos e resumos, 34 foram considerados elegíveis e lidos na íntegra, restando seis artigos para inclusão, conforme mostra a Figura 1.

Extração

Com uma planilha elaborada na ferramenta do Microsoft Word®, os seguintes dados foram extraídos de cada estudo incluído: autor, ano, tipo de estudo, objetivo do estudo, características da amostra, local do estudo, intervenções, desfecho, principais resultados e limitações.

Resultados

Houve um aumento do uso de máscaras faciais no combate às infecções do trato respiratório nos últimos anos, principalmente causada pela crise pandêmica do coronavírus, por recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³. Porém, o uso de tais Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) não deve ficar adstrito apenas às infecções causadas por esse agente patológico, evidenciando-se também de suma importância nas mais diversas infecções respiratórias, como as causadas pelo vírus Influenza. Tanto quando usada por indivíduos sadios quanto por infectados, o uso de tal ferramenta mostrou-se eficaz em reduzir a transmissão do agente causador.

Diante disso, este estudo propôs-se a criar uma resposta rápida que auxiliasse gestores em saúde, profissionais de saúde e, principalmente, a população em geral a identificar a eficácia do uso de máscaras faciais na população domiciliada diante da contaminação por agente causador de infecção do trato respiratório, em particular do vírus influenza.

Os artigos selecionados pela resposta rápida em tela mostraram-se aptos a responder à questão da investigação. Foram incluídos seis estudos experimentais randomizados que examinaram famílias e domiciliados divididos em grupos (com máscara e sem máscara), contudo vale ressaltar que tais pesquisas ressaltam que o uso da máscara era incentivado e não obrigatório.

Os estudos excluídos e os motivos estão no Quadro 4, e as características dos estudos incluídos estão no Quadro 5, ambos no Apêndice.

Os estudos foram publicados entre 2006 e 2012 e realizados em países distintos como EUA, Alemanha, França, Austrália e China. Os cenários de

coleta dos dados incluíram quatro estudos com participantes domiciliados e dois estudos com residentes universitários. MacIntyre *et al.*¹⁴ e Canini *et al.*¹⁵ apresentaram como objetivo avaliar apenas uso de máscaras faciais enquanto controle para doenças respiratórias, seus participantes incluíram adultos e crianças que já haviam sido expostas a febre e sintomas respiratórios. Aiello *et al.*¹⁶ e Suess *et al.*¹⁷ realizaram suas pesquisas apenas com residentes em ambiente exposto à influenza. Somente pessoas com idade mínima de 18 anos participaram das pesquisas de Aiello *et al.*^{16,18}. O uso de gel desinfetante e higienização das mãos enquanto características da amostra é incluído como grupo por Aiello *et al.*^{16,18}. Suess *et al.*¹⁷ e MacIntyre *et al.*⁹ revelaram que alguns grupos apresentaram queda na adesão à máscara, assim como Canini *et al.*¹⁵, apresentando dificuldades referentes aos incômodos causados pelo uso da máscara entre alguns participantes.

Os resultados foram descritos por Canini *et al.*¹⁵, MacIntyre *et al.*⁹ e MacIntyre *et al.*¹⁴ indicam que não houve diferença significativa na proporção de doenças semelhantes à infecção por influenza (*Incidence of Influenza-like illness – ILI*), entre os contatos domiciliares do grupo intervenção e do grupo controle. Canini *et al.*¹⁵ afirma ser improvável que o uso comunitário de máscaras faciais seja uma política de controle eficaz para doenças respiratórias sazonais.

Os autores destacaram que os usuários domiciliados que aderiram ao uso da máscara facial constantemente apresentaram taxas baixas de infecção em comparação aos grupos de controle. Contudo, dois artigos apresentaram a ocorrência de limitações importantes durante o estudo, como relatado por Canini *et al.*¹⁵, pelo tempo insuficiente de execução e por MacIntyre *et al.*¹⁴ pela possível transmissão da infecção durante as refeições, o que teria o efeito de enviesar os resultados do estudo para o nulo.

A discussão sobre a eficácia do uso de máscara facial enquanto meio de intervenção foi evidenciado por Aiello *et al.*¹⁶, Aiello *et al.*¹⁸ e Suess *et al.*¹⁷, que evidenciaram reduções significativas em taxa de ILI entre os participantes randomizados para máscara facial e intervenção de higiene das mãos. Aiello *et al.*¹⁶ e Aiello *et al.*¹⁸ citaram como limitações a evasão

de uma grande parte da população estudada. Somente Suess *et al.*¹⁷ citou a adesão ao uso das máscaras faciais.

Frente ao exposto, os resultados sugeridos em evidências direcionam que o uso de máscara facial por domiciliados, enquanto única medida para limitar a transmissão de infecções respiratórias virais, apresenta baixa eficácia. Contudo, a evidência mista sobre a higiene das mãos e uso de máscara facial ofereceu maior taxa de proteção contra a transmissão de doenças respiratórias.

Apesar dos achados, esta resposta rápida apresenta limitações que devem ser consideradas. Este estudo foi realizado em 64 dias úteis, adotando atalhos metodológicos explícitos para produção de conhecimento em tempo adequado ao apoio decisório. Pode haver evidências não publicadas, em bases de dados secundárias ou em literatura cinza que alterem a conclusão deste estudo.

Referências

1. Ribas FV, Custódio ACD, Toledo LV, Henriques BD, Sediyaama CMNO, Freitas BAC. Completude das notificações de síndrome respiratória aguda grave no âmbito nacional e em uma regional de saúde de Minas Gerais, durante a pandemia de COVID-19, 2020. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022; 31 (2):e2021620.
2. Baggio JAO, Exel AL, Calles ACN, Minatel V. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) Causada por COVID-19: Um Fator Regional. *Arq. Bras. Cardiol*. 2021;117(5):976-7.
3. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial número 129 de 13 setembro de 2022: Doença pelo Novo Coronavírus –Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 – Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-129-boletim-coe-coronavirus>. Acesso em: 27 out. 2022.
4. Milton DK, Fabian MP, Cowling BJ, Grantham ML, McDevitt JJ. Influenza virus aerosols in human exhaled breath: particle size, culturability, and effect of surgical masks. *PLoS Pathog*. 2013 Mar;9(3):e1003205.
5. Castro R. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 aponta maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil; Fundação Oswaldo Cruz. 13 Dez 2021 – Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-aponta-maior-colapso-sanitario-e-hospitalar-da-historia-do-brasil>. Acesso em: 27 out. 2022.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 31/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Informações técnicas e recomendações sobre a vigilância epidemiológica da Influenza no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
7. Nóbrega L, Castro R. InfoGripe: quase 70% dos casos de SRAG no Brasil são Covid-19. Agência Fiocruz de Notícias. 09 Jun 2022 – Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/>

noticia/infogripe-quase-70-dos-casos-de-srag-no-brasil-sao-covid-19. Acesso em: 27 out. 2022

8. Pablo L, Viejo M. OMS alerta que a falta de equipamentos de proteção põe profissionais da saúde em risco. EL PAÍS. 05 Mar 2020 – Disponível em: <https://brasil.elpais.com/ciencia/2020-03-05/oms-alerta-que-a-falta-de-equipamentos-de-protecao-poe-profissionais-da-saude-em-risco.html>. Acesso em: 27 out. 2022.
9. MacIntyre CR, Cauchemez S, Dwyer DE, Seale H, Cheung P, Browne G, Fasher M, Wood J, Gao Z, Booy R, Ferguson N. Face mask use and control of respiratory virus transmission in households. *Emerg Infect Dis.* 2009;15(2):233-41.
10. Nascimento DDG, Oliveira SMVL, Moraes SHM. Promoção e uso de evidências em serviços de saúde. Campo Grande: Fundação Oswaldo Cruz. 2021.
11. Roy Rosenzweig Center For History And New Media. Zotero. Vienna: CDS; Fairfax: RRCHHMVienna; 2018. Disponível em: <https://www.zotero.org/>. Acesso em: 27 out. 2022.
12. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016;5(210)
13. Jacques N, Silveira M F, Hallal PC, Menezes AMB, Horta BL, Mesenburg MA, Hartwig FP, Barros AJD. Uso de máscara durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: resultados do estudo epicovid19-br. *Cadernos de Saúde Pública.* 2022;38(6).
14. MacIntyre CR, Zhang Y, Chughtai AA, Seale H, Zhang D, Chu Y, et al. Cluster randomised controlled trial to examine medical mask use as source control for people with respiratory illness. *BMJ Open.* 2016;30;6(12):e012330.
15. Canini L, Andréoletti L, Ferrari P, D'Angelo R, Blanchon T, Lemaitre M, et al. Surgical mask to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. *PLoS One.* 2010;5(11).
16. Aiello AE, Murray GF, Perez V, Coulborn RM, Davis BM, Uddin M, et al. Mask use, hand hygiene, and seasonal influenza-like illness among young adults: A randomized intervention trial. *The Journal of Infectious Diseases.* 2010; 201(4): 491-498.
17. Suess T, Remschmidt C, Schink SB, Schweiger B, Nitsche A, Schroeder K, et al. The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: results from a cluster randomized trial; Berlin, Germany, 2009-2011. *BMC Infectious Diseases.* 2012; 1(12).
18. Aiello AE, Perez V, Coulborn RM, Davis BM, Uddin M, Monto AS. Facemasks, hand hygiene, and influenza among young adults: a randomized intervention trial. *PLoS One.* 2012; 7(1):25.
19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev.* 2021; 10(89).

APÊNDICES

Quadro 4. Estudos excluídos com os motivos de exclusão (29/11/2022)

Nº	Estudo/Referência	Motivo de exclusão
1	CHAN, D. K. et al. Preventing the spread of H1N1 influenza infection during a pandemic: autonomy-supportive advice versus controlling instruction. <i>Journal of Behavioral Medicine</i> , [s. l.], v. 38, n. 3, p. 416-26, jun. 2015.	População.
2	WANG, M. et al. A cluster-randomised controlled trial to test the efficacy of facemasks in preventing respiratory viral infection among Hajj pilgrims. <i>Journal of Epidemiology and Global Health</i> , [s. l.], v. 5, n. 2, p. 181-189, jun. 2015.	População.
3	COIA, J. E. et al. Healthcare Infection Society Working Group on Respiratory and Facial Protection. Guidance on the use of respiratory and facial protection equipment. <i>Journal of Hospital Infection</i> , [s. l.], v. 85, n. 3, p. 170-82, nov. 2013.	População; desfecho.
4	BARASHEED, O. et al. Uptake and effectiveness of facemask against respiratory infections at mass gatherings: a systematic review. <i>International Journal of Infectious Diseases</i> , [s. l.], v. 47, p. 105-111, jun. 2016.	População; desfecho.
5	EVERTS, R. J. et al. Liquid-Immersion Reprocessing Effects on Filtration Efficiency of 'Single-Use' Commercial Medical Face Masks. <i>Annals of Work Exposures and Health</i> , [s. l.], v. 66, n. 2, p. 246-259, fev. 2022.	População.
6	SIM, S. W.; MOEY, K. S.; TAN, N. C. The use of facemasks to prevent respiratory infection: a literature review in the context of the Health Belief Model. <i>Singapore Medical Journal</i> , [s. l.], v. 55, n. 3, p. 160-167, mar. 2014.	População.
7	CHUNG, P. K. et al. The process by which perceived autonomy support predicts motivation, intention, and behavior for seasonal influenza prevention in Hong Kong older adults. <i>BMC Public Health</i> , [s. l.], v. 18, n. 1, jul. 2017.	População.
8	ZHANG, C. Q. et al. Health Beliefs of Wearing Facemasks for Influenza A/H1N1 Prevention: A Qualitative Investigation of Hong Kong Older Adults. <i>Asia Pacific Journal of Public Health</i> , [s. l.], v. 31, n. 3, p. 246-256, abr. 2019.	População.

9	COWLING, B. J. et al. Modes of transmission of influenza B virus in households. PLoS One, [s. l.], v. 9, n. 9, set. 2014.	Delineamento do estudo.
10	SAUNDERS-HASTINGS, P. et al. Effectiveness of personal protective measures in reducing pandemic influenza transmission: A systematic review and meta-analysis. Epidemics, [s. l.], v. 20, p. 1-20, set. 2017.	População.
11	DE ANGELIS, G. et al. Hand hygiene and facemask use to prevent droplet-transmitted viral diseases during air travel: a systematic literature review. BMC Public Health, [s. l.], v. 21, n. 1, abr. 2021.	População.
12	HOUGHTON, C. et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews, [s. l.], v. 4, n. 4, abr. 2020.	Desfecho.
13	MILTON, D. K. et al. Influenza virus aerosols in human exhaled breath: particle size, culturability, and effect of surgical masks. PLoS Pathogens, [s. l.], v. 9, n. 3, mar. 2013.	População.
14	KIM, H. S. et al. Collection and detection of SARS-CoV-2 in exhaled breath using face mask. PLoS One, [s. l.], v. 17, n. 8, ago. 2022.	Desfecho.
15	MUKERJI, S.; MACINTYRE, C. R.; NEWALL, A. T. Review of economic evaluations of mask and respirator use for protection against respiratory infection transmission. BMC Infectious Diseases, [s. l.], v. 15, out. 2015.	Desfecho.
16	RAO, S.; NYQUIST, A. C. Respiratory viruses and their impact in healthcare. Current Opinion in Infectious Diseases, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 342-347, ago. 2014.	População.
17	MACINTYRE, C. R.; CHUGHTAI, A. A. Facemasks for the prevention of infection in healthcare and community settings. BMJ, [s. l.], v. 350, abr. 2015.	Desfecho.
18	KIM, M. S. et al. Comparative effectiveness of N95, surgical or medical, and non-medical facemasks in protection against respiratory virus infection: A systematic review and network meta-analysis. Reviews in Medical Virology, [s. l.], v. 32, n. 5, set. 2022.	Desfecho.

19	LI, H. et al. Efficacy and practice of facemask use in general population: a systematic review and meta-analysis. <i>Translational Psychiatry</i> , [s. l.], v. 12, n. 1, fev. 2022.	Desfecho; população.
20	CHAABNA, K. et al. Facemask use in community settings to prevent respiratory infection transmission: A rapid review and meta-analysis. <i>International Journal of Infectious Diseases</i> , [s. l.], v. 104, p. 198-206, mar. 2021.	Desfecho; população.
21	LONG, Y. et al. Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks against influenza: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Evidence-Based Medicine</i> , [s. l.], v. 13, n. 2, p. 93-101, maio 2020.	Desfecho.
22	TRAN, T. Q. et al. Efficacy of face masks against respiratory infectious diseases: a systematic review and network analysis of randomized-controlled trials. <i>Journal of Breath Research</i> , [s. l.], v. 15, n. 4, set. 2021.	Desfecho; população.
23	BIN-REZA, F. et al. The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence. <i>Influenza and Other Respiratory Viruses</i> , [s. l.], v. 6, n. 4, p. 257-267, jul. 2012.	Desfecho.
24	MAISON-BOOTH, C. et al. Effectiveness of surgical masks against influenza bioaerosols. <i>The Journal of Hospital Infection</i> , [s. l.], v. 84, n. 1, p. 22-26, maio 2013.	População.
25	SETO, W. H. Airborne transmission and precautions: facts and myths. <i>The Journal of Hospital Infection</i> , [s. l.], v. 89, n. 4, p. 225-228, abr. 2015.	Desfecho.
26	WANG, H. et al. The efficacy of masks for influenza-like illness in the community: A protocol for systematic review and meta-analysis. <i>Medicine</i> , Baltimore, v. 99, n. 23, jun. 2020.	Desfecho.
27	HO, K. F. et al. Medical mask versus cotton mask for preventing respiratory droplet transmission in micro environments. <i>Science of the Total Environment</i> , [s. l.], v. 735, set. 2020.	População; desfecho.
28	LIANG, M. et al. Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: A systematic review and meta-analysis. <i>Travel Medicine and Infectious Disease</i> , [s. l.], v. 36, jul./ago. 2020.	População.

Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 5. Sinopse dos estudos experimentais randomizados incluídos (n = 6)

Autor/Ano/Local	MacIntyre et al. (2009), Sydney, Austrália.
Tipo de estudo/ Objetivo	Estudo prospectivo randomizado. Comparar tipos de máscaras na prevenção de indivíduos com ausência de doença semelhante à influenza (ILA).
Características da amostra/Local do estudo	A inclusão foi restrita a domicílios com mais de dois adultos saudáveis acima de 16 anos de idade, que tiveram exposição familiar a uma criança com febre e sintomas respiratórios. Foram excluídas as famílias que possuíam qualquer indivíduo da família doente para além do caso índice.
Intervenções	Grupo I: utilizaram máscaras cirúrgicas 3M. Grupo II: utilizaram máscaras P2. Grupo III: grupo controle (sem uso de máscaras). Ocorreu acompanhamento por duas semanas. Adultos que apresentaram sintomas respiratórios foram submetidos à coleta do swab nas narinas e faringe para detecção do agente etiológico.
Desfecho	Os resultados primários do estudo em adultos demonstraram a presença de infecção por vírus respiratórios dentro de uma semana após a inscrição do paciente índice.
Principais resultados	Foram recrutadas 145 famílias; 47 famílias foram randomizadas para o grupo I, 46 para o grupo II e 52 para o grupo III. Demonstrou-se que apenas 21% dos contatos domésticos nos grupos I e II relataram usar a máscara frequentemente ou sempre durante o período de acompanhamento. Sugeriu-se que é improvável que o uso comunitário de máscaras faciais seja uma política de controle eficaz para doenças respiratórias sazonais. Contudo, os usuários aderentes às máscaras tiveram uma redução significativa no risco de ausência de doença semelhante à influenza (ILA).
Limitações	Não reportado.
Autor/Ano/Local	Canini et al. (2010), Paris, França.
Tipo de estudo/ Objetivo	Estudo clínico randomizado. Avaliar a eficácia das máscaras cirúrgicas na transmissão da gripe.
Características da amostra/Local do estudo	Foi realizado em três regiões francesas durante o período da temporada de influenza de 2008-2009. Foi incluído paciente índice com mais de cinco anos de idade com consulta médica para sintomas com duração inferior a 48 horas, combinando febre e tosse, e um teste rápido positivo para influenza A. Ele tinha que ser o primeiro e único caso de doença na família e estar inscrito no seguro nacional de saúde francês. Foram excluídas as famílias em que o paciente índice foi tratado para asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica e/ou foi hospitalizado.

Intervenções	Grupo I: máscara cirúrgica (intervenção). Grupo II: controle (sem intervenção). A máscara foi usada apenas pelo caso índice.
Desfecho	O desfecho primário foi a proporção de contatos domiciliares que desenvolveram ILA durante os sete dias após a inclusão.
Principais resultados	Foram recrutados 105 domicílios, que representaram 148 contatos no grupo I e 158 no grupo II. A análise primária não foi conclusiva: a incidência de doença semelhante à influenza (ILI) foi relatada em 16,2% dos contatos do grupo I e 15,8% dos contatos do grupo II. Não foi demonstrada diferença significativa na proporção de ILI entre os contatos domiciliares dos grupos I e II.
Limitações	No início de março de 2009, devido a uma temporada de influenza leve e curta, aproximadamente 30% do número esperado de domicílios havia sido incluído, e o comitê científico do estudo foi solicitado a decidir se o período de competência deveria ou não ser estendido ao longo da temporada de gripe subsequente. A decisão foi conduzir o julgamento ao longo da próxima temporada.
Autor/Ano/Local	Aiello <i>et al.</i> (2010), Michigan, EUA.
Tipo de estudo/ Objetivo	Estudo clínico randomizado. Demonstrar a redução da incidência de doenças semelhantes à gripe com o uso de máscaras faciais e higiene das mãos.
Características da amostra/Local do estudo	Residências universitárias. Foram elegíveis para participação os indivíduos com pelo menos 18 anos e que estivessem dispostos a usar uma máscara facial, usar desinfetante para as mãos à base de álcool, coletar amostras de esfregaço da garganta quando doentes e concluir as pesquisas de linha de base semanais durante o período de estudo. Os participantes que relataram alergia cutânea ao álcool foram excluídos.
Intervenções	As pesquisas semanais incluíam perguntas sobre sintomas de infecções respiratórias relacionadas, adesão à intervenção e o campus. Excluindo as férias de primavera, a intervenção durou seis semanas no total. O desfecho primário foi a proporção de contatos que desenvolveram uma ILI durante o período de acompanhamento.
Desfecho	Foram recrutados 1.297 participantes, sendo 367 no grupo de máscara facial e higiene das mãos, 378 no grupo apenas com máscara facial e 552 no grupo de controle. Durante o período de estudo de seis semanas, ambos os grupos de intervenção mostraram uma redução de aproximadamente 10% na incidência de doença semelhante à influenza (ILI) em comparação com o grupo de controle em análises não ajustadas, embora esses resultados não tenham alcançado significância estatística em nenhum dos grupos.
Principais resultados	Durante o período do estudo, a maioria dos residentes deixou o campus durante as férias de primavera. A maior das sete residências abrigava 1.240 residentes. As seis residências menores variaram de 110 a 830 residentes.

Autor/Ano/ Local	Aiello <i>et al.</i> (2012), Michigan, EUA.
Tipo de estudo/ Objetivo	Estudo clínico randomizado. Demonstrar o efeito de redução de máscaras e higiene das mãos na transmissão da gripe.
Características da amostra/Local do estudo	Residências universitárias. Eram elegíveis os alunos das residências com pelo menos 18 anos, dispostos a usar uma máscara facial, usar desinfetante para as mãos à base de álcool, fornecer uma amostra de esfregaço da garganta quando doente e completar uma linha de base de seis semanas de pesquisas on-line. Foram excluídos os alunos que relataram alergia ao álcool.
Intervenções	Grupo I: máscara facial e higiene das mãos. Grupo II: máscara facial. Grupo III: controle.
Desfecho	O desfecho primário foi a proporção de contatos que desenvolveram uma síndrome gripal durante as seis semanas de acompanhamento.
Principais resultados	Foram incluídos 1.111 participantes, sendo 349 para o grupo I, 392 para o grupo II e 370 para o grupo III. Foram encontrados 128 casos com ILI no período do estudo, sendo 34 destes por influenza. Os achados mostram uma redução significativa na taxa de ILI entre o grupo I e II durante a segunda metade do período do estudo, variando de 48% a 75% quando comparado ao grupo controle.
Limitações	Houve uma pausa de primavera de uma semana durante o estudo, quando a maioria dos alunos deixou o campus e, portanto, os sintomas da doença que podem ter ocorrido durante esse período não foram avaliados. Os alunos foram incentivados, mas não obrigados, a usar suas máscaras fora de sua residência.
Autor/Ano/ Local	Suess <i>et al.</i> (2012), Berlim, Alemanha
Tipo de estudo/ Objetivo	Ensaio clínico randomizado. Objetivou a investigação da eficácia, aceitabilidade e tolerabilidade de intervenções não farmacêuticas em domicílios com pacientes com gripe.
Características da amostra/Local do estudo	Ocorreu em duas temporadas consecutivas de influenza em Berlim. Foram incluídos pacientes índices que se apresentaram nos locais de estudo dentro de dois dias após o início dos sintomas, com um teste rápido de antígeno positivo para influenza. Eles deveriam ter pelo menos dois anos e ser o único membro da família sofrendo de doença respiratória nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas. Os critérios de exclusão foram gravidez, estado de saúde severamente reduzido e infecção pelo HIV.

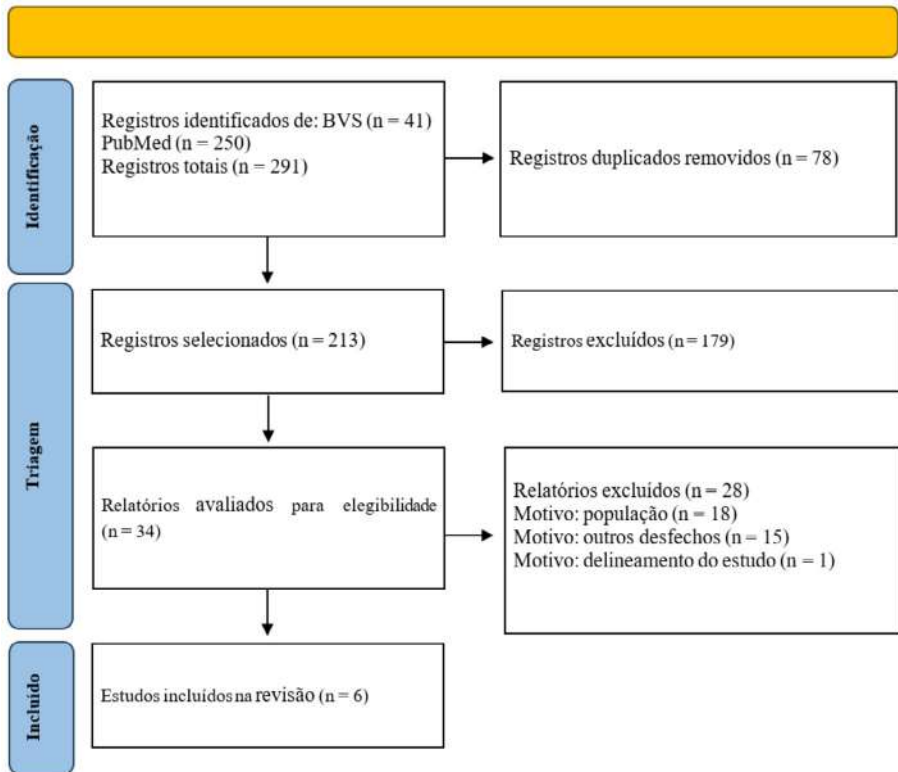
Intervenções	<p>Grupo I (HM): máscaras/higiene das mãos. Grupo II (M): apenas máscaras. Grupo III: controle (sem intervenções).</p> <p>O período de observação para cada domicílio durou oito dias, começando no dia do início dos sintomas do paciente índice. Quando os membros da família desenvolveram febre, tosse ou odinofagia, eles foram solicitados a adotar o mesmo comportamento preventivo do paciente índice até o final do período de observação.</p>
Desfecho	<p>O desfecho primário para casos secundários foi a infecção por influenza confirmada por exame que atua detectando o material genético do vírus, conhecido como reação de transcriptase reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT – PCR). Definiu-se infecção secundária sintomática pelo vírus da influenza como uma infecção por influenza confirmada laboratorialmente em um membro da família que desenvolveu febre, tosse ou odinofagia durante o período de observação. Denominou-se todos os outros casos secundários como subclínicos.</p>
Principais resultados	<p>Foram 111 famílias randomizadas em um dos três grupos de intervenção durante os dois períodos de estudo. Após a aplicação dos critérios de exclusão, 30, 26 e 28 domicílios permaneceram nos grupos III, II e I, respectivamente. O número total de participantes do estudo foi de 302, dos quais 84 eram pacientes índices e 218 contatos domiciliares. Para casos confirmados por laboratório, a Síndrome Respiratória Aguda (SAR) não foi significativamente menor no grupo M (9%) e HM (15%) em comparação com o grupo controle (23%); Em todas as análises estratificadas, a SAR do grupo M foi aproximadamente reduzida em 50% em comparação com o grupo controle.</p> <p>Os resultados do estudo demonstraram que a máscara NPI pode ser eficaz na prevenção da transmissão da influenza em domicílios.</p>
Limitações	<p>Foram classificados como aderentes se usassem a máscara sempre ou quase sempre.</p>
Autor/Ano/Local	MacIntyre et al. (2016), Pequim, China
Tipo de estudo/Objetivo	<p>Ensaio clínico randomizado. Objetivou determinar redução da transmissão domiciliar de ILI com o uso de máscara.</p>
Características da amostra/Local do estudo	<p>Foram incluídos os pacientes com definição de síndrome gripal sem histórico de ILI entre os membros da família nos últimos 14 dias e que viviam com pelo menos duas outras pessoas em casa. Foram excluídos os participantes que não puderam ou se recusaram a dar consentimento, tiveram início dos sintomas menos de 24 horas antes do recrutamento, foram internados no hospital, residiam em uma casa com mais de duas outras pessoas ou tinham outros membros doentes da família em casa.</p>
Intervenções	<p>Grupo I: máscaras. Grupo II: controle (sem máscaras). Período de acompanhamento do caso índice de sete dias.</p>

Desfecho	Os desfechos primários foram medidos em contatos domiciliares com ILI confirmada com exame laboratorial.
Principais resultados	Foram incluídos 123 casos índices e 302 contatos domésticos no braço de máscara, e 122 casos índice e 295 contatos domésticos foram incluídos no braço de controle. Não se encontrou benefício significativo das máscaras como controle de origem, mas as taxas de ILI em membros do grupo I foram consistentemente menores que as do grupo II.
Limitações	É possível que a transmissão da infecção tenha ocorrido durante as refeições, o que possivelmente enviesou os resultados para o nulo.

Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção, elegibilidade e inclusão

Fonte: elaborado pelos autores a partir de Page *et al.* ¹⁹.



ESTIGMA E INVISIBILIDADE: CONHECER PARA SUPERAR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS (BA)

Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena*
Maíra Guazzi**

Introdução

A População em Situação de Rua (PSR) é considerada um grupo de pessoas bastante diversificado, contudo, se caracteriza pela pobreza, estando literalmente à margem da sociedade onde cada vez mais são tidas como invisíveis¹.

Dificuldade para se alimentar, uso de álcool, abuso de drogas, privação de sono, falta de segurança, infecção pelo HIV, falta de cuidados com a saúde elevam a probabilidade de desenvolvimento de muitas doenças na PSR, inclusive a tuberculose (TB). Devido às suas condições de saúde e moradia, segundo o Ministério da Saúde (MS), o risco de adoecimento nesta população é 56 vezes maior do que na população em geral².

Mesmo se caracterizando como uma população vulnerável ao adoecimento por TB, a PSR também enfrenta alguns obstáculos para obter tratamento e apoio, tais como dificuldade no acesso aos serviços de saúde, colaborando para um diagnóstico tardio e, conseqüentemente, o início do tratamento, políticas públicas intersetoriais frágeis e articulação para integração do cuidado³.

A TB é uma doença milenar, tida como um importante problema de saúde pública e com sérios componentes sociais. Para o controle da tuberculose, é necessário considerar diversos aspectos, incluindo ações de saúde pública,

* Especialista em Pneumologia Sanitária na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jessicabrbandeiraa@gmail.com

** Secretaria Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mairasmrio@gmail.com

humanitárias e, principalmente, os aspectos econômicos⁴. Esta é considerada um desafio nos dias atuais, por ser uma doença grave e levar muitas pessoas ao óbito, porém se tratada adequadamente é curável, uma vez que o tratamento com o esquema antituberculostático apresenta uma eficácia de 95%⁵.

Casos diagnosticados devem ser notificados e encaminhados à vigilância epidemiológica, para serem inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essa notificação deve ser feita por qualquer profissional de saúde e sua realização é de extrema importância para o desencadeamento de ações de vigilância em saúde⁶.

No Brasil, os desfechos de tratamento nesse grupo não são favoráveis, a PSR apresenta uma proporção cerca de três vezes maior de perda de seguimento do tratamento que o previsto pelo MS e sete vezes maior do que o aceitável pela OMS⁷. A taxa de abandono considerada aceitável pelo Ministério da Saúde é de 5%. Quando esses dados estão elevados, acabam refletindo de maneira negativa nos indicadores relacionados ao abandono: o indivíduo permanece bacilífero, potencializando a doença e sua cadeia de transmissão.

Tal contexto intensifica o quanto o Sistema Único de Saúde (SUS) precisa ser efetivo para com essa população, buscando aporte na Rede de Atenção à Saúde, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) e outros instrumentos que podem fortalecer a atenção prestada a PSR.

Trabalhar com pessoas que vivem nessa situação exige estabelecimento de vínculos que possibilitem humanizar o encontro, sendo importante compreender sem julgar, respeitar e estabelecer limites. Essa população apresenta maior necessidade de cuidados, tornando-se essencial a articulação entre setores, visando garantir uma saúde integral e equânime⁸.

Objetivos

Objetivo geral

Elaborar uma linha de cuidado da tuberculose voltada para população em situação de rua do município de Eunápolis (BA).

Objetivos específicos

- Oferecer cuidado integral à população em situação de rua com tuberculose do município de Eunápolis (BA);
- Realizar capacitações e organizar fluxos para a implantação da linha de cuidado nas instituições que atendem a população em situação de rua no município de Eunápolis (BA);
- Identificar precocemente os casos de tuberculose na PSR do município de Eunápolis (BA), possibilitando um tratamento eficaz.

Métodos

O Programa Municipal de Controle da Tuberculose

Uma das atribuições da vigilância epidemiológica é promover a redução e controle das doenças transmissíveis, dentre elas a tuberculose, sua morbimortalidade, conhecer a magnitude da doença, sua distribuição e os fatores desencadeantes, fornecendo assim subsídios para o seu controle. Essas ações de controle devem ser realizadas por meio de um ciclo de atividades específicas, contínuas e intersetoriais, contando com os possíveis parceiros existentes em seu território⁹.

O objetivo do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCTB) é monitorar a situação e a tendência da doença para recomendar, executar e avaliar as atividades de controle. Como já dito anteriormente, não existe uma quantidade expressiva de casos de TB na PSR, sendo apontado aqui os indicadores do programa como um todo. A taxa de incidência da TB, no município de Eunápolis, em 2018, foi de 49 casos por 100.000 habitantes (dados extraídos em agosto de 2019, por meio do SinanNet municipal. Data base: 01/01/2018 à 31/12/2018. Sujeitos a alterações).

De acordo com o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como um Problema de Saúde Pública (2017), a meta para o coeficiente de incidência até 2035 deve ser de dez casos por 100 mil habitantes. Para se alcançar essa meta,

o plano prevê três pilares: o primeiro é referente a atenção integral ao paciente, o segundo voltado para o componente social e o terceiro pilar é referente à pesquisa e inovação na área.

Segundo TABNET, os principais indicadores, em 2019, pactuados pelo programa municipal de controle da tuberculose obtiveram cura de casos novos de 70%, realização de exames anti-HIV em pacientes diagnosticados com TB em 80,33%, tiveram 70,15% dos contatos examinados e 4% de abandono.

Um dos principais objetivos dos programas de controle da TB hoje é a redução das taxas de abandono e aumento das taxas de cura¹⁰. No entanto, isso só será possível mediante sustentação político-social para priorizar o controle da tuberculose, bem como aporte financeiro e articulação intersetorial, garantindo também a realização das ações de vigilância, considerando a participação social, pois o controle da TB é uma luta de toda a população¹¹.

Natureza do estudo

Trata-se de um projeto de intervenção com objetivo de colaborar com a implementação de uma linha de cuidado na identificação de casos de tuberculose na população em situação de rua.

Campo e cenário do estudo

O projeto de intervenção será implantado na cidade de Eunápolis, que fica situada no extremo sul da Bahia. A Bahia se organiza por meio de um plano diretor de regionalização, onde são 28 regiões de saúde, conforme essa divisão a região de saúde que compreende Eunápolis é chamada região de saúde de Porto Seguro, é constituída por oito municípios e comporta aproximadamente 390.000 habitantes, compreendendo os seguintes municípios: Belmonte, Itagimirim, Santa Cruz Cabralia, Eunápolis, Itapebi, Itabela, Guaratinga e Porto Seguro¹².

A população de Eunápolis, estimada em 2019, é de 113.380 habitantes, com densidade demográfica de 84,97 habitantes/km², sendo então a 16ª

cidade mais populosa do estado, possui uma taxa de escolarização da faixa de 6 a 14 anos de 96,2%¹³.

Ainda de acordo com IBGE, em 2017 o salário médio mensal dos trabalhadores com carteira assinada correspondeu a 2,3 salários mínimos, a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 20.1%. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$22.798,63 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,677.

Segundo relatório de agosto/2019, a cobertura da Atenção Básica (AB) atualmente, no município de Eunápolis, é de 100%, possuindo 34 Estratégias de Saúde da Família, tendo uma cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de 92,66%¹⁴.

Estas unidades trabalham com uma população delimitada, sendo de 2500 até 4000 pessoas para cada equipe. Contam com espaço físico apropriado, seguindo recomendações do manual de estruturas físicas do MS. As unidades possuem locais onde diferentes profissionais de saúde conseguem interagir com os colegas e também com a comunidade, por meio de atividades educativas.

Além desses, há outros estabelecimentos de saúde, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que podem fortalecer o cuidado e a assistência à saúde da pessoa em situação de rua (PSR). Eles incluem:

- 01 Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF);
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 01 CAPS Álcool e drogas;
- 01 CAPS Infantil;
- 01 Casa de apoio que pode ser utilizada pela PSR em caso de diagnóstico de tuberculose ou outra situação que exija cuidados diários e longos, no caso da TB, esse paciente pode morar lá durante todo o tratamento;
- 01 Central de Regulação de Eunápolis;
- 01 Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua);

- 03 Centros de Referência em Assistência Social (CRAS);
- 01 Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS);
- 01 Consultório na Rua (CR - equipe básica);
- 01 Hospital Municipal;
- 01 Laboratório Municipal;
- 01 Serviço de Assistência Especializada (SAE);
- 01 unidade avançada SAMU;
- 03 unidades básicas e uma Motolância;
- 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

População do estudo

A população deste estudo envolve os profissionais da saúde e profissionais da assistência social que atuam com as pessoas em situação de rua do município de Eunápolis (BA). De acordo com dados levantados pelo CNES (2023), o município possui 42 estabelecimentos de saúde, remetendo a variedade de profissionais envolvidos nesse processo que é o cuidar. Profissionais de diferentes categorias que compõem a equipe multidisciplinar na Rede de Assistência à Saúde (RAS) e também da Assistência Social.

A construção de uma linha de cuidado exige um processo participativo, onde gestão e trabalhadores possam encontrar um denominador em comum, e mais do que nunca a integração necessária da Atenção Básica, vigilância epidemiológica e assistência social.

Existe uma particularidade no município em relação à contratação de profissionais, onde há concursados, mas também aqueles que são provenientes de contratos, isso leva a uma grande rotatividade e, assim, muitas vezes, prejudicando a assistência ofertada aos indivíduos que necessitam restabelecer sua saúde. Esses contratos são mediados por meio de processos seletivos com validade estabelecidas, e geralmente realizados a cada nova gestão municipal, ou seja, a cada quatro anos, com isso, pensou-se agrupar os participantes da seguinte forma:

- Coordenador municipal do programa de controle da tuberculose;
- Cinco coordenadores institucionais das ESF, sendo que cada coordenador poderá escolher três profissionais de nível superior (sugere-se: enfermeiro, médico, odontólogo) e dois de nível técnico;
- Coordenador dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Dez ACS;
- Coordenador da CAF e o responsável pela distribuição dos antituberculosstático;
- Coordenador da Central de Regulação;
- Coordenador de enfermagem e coordenador médico do SAMU;
- Coordenador do CAPS e dois profissionais ();
- Coordenador da Assistência Social e quatro profissionais atuantes no CRAS, CREAS, Centro POP e casa de apoio;
- Coordenador do hospital municipal e dois profissionais do Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica;
- Equipe completa do consultório na rua (composta por um assistente social, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um agente social);
- Equipe completa do NASF (composta por dois fisioterapeutas, um psicólogo, uma nutricionista, um educador físico, um farmacêutico).

Esses profissionais, com apoio da autora do projeto de intervenção, seriam mitigadores da linha de cuidado em seus locais de trabalho.

O grupo de profissionais selecionado para participar do projeto será composto por concursados (50%) e por contratados ou nomeados (50%). O critério de inclusão foi atuar há mais de um ano no serviço. Foram excluídos aqueles com menos de um ano de serviço no estabelecimento.

Planejamento das ações

A organização da linha de cuidado para a PSR será promovida mediante articulação intersetorial, envolvendo diferentes atores como os profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da

Família, de Consultório na Rua, dos dispositivos da Assistência Social, gestores destes serviços e representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

O trabalho será desenvolvido, em cinco etapas, mediante oficinas de discussão e construção compartilhada de tecnologias-saberes e produtos, como fluxos de encaminhamento, protocolos de atendimentos e manejo clínico na PSR.

A **primeira etapa** envolverá um diagnóstico situacional a respeito da PSR, após esse levantamento será realizada uma oficina de educação em saúde para reflexão acerca dos aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais do adoecimento por tuberculose na PSR, esse momento envolverá discussão de casos clínicos que proporcione a atualização do conhecimento dos profissionais.

A **segunda etapa** envolverá o delineamento de fluxos para a identificação de pessoas em situação de rua sintomáticas respiratórias, encaminhamentos para a rede de cuidado e suporte social, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para o manejo clínico dos casos de tuberculose nesta população. Essa etapa tem por objetivo o acolhimento da PSR sintomática respiratória independente da via onde ela for captada (Saúde ou Assistência Social).

O projeto terapêutico trabalha com a interdisciplinaridade de várias especialidades e de diferentes categorias profissionais. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo das pessoas que compõem a equipe multiprofissional, denominada equipe de referência¹⁵. Esse projeto deve ser elaborado de acordo com as necessidades de saúde de cada indivíduo, considerando suas opiniões, seus anseios, seu modo de vida, tendo em vista uma relação democrática e horizontal entre profissional/usuário/família¹⁶.

Na **terceira etapa**, propõe-se a definição das competências e das responsabilidades dos profissionais de cada setor no cuidado e na assistência integral à PSR, por meio da elaboração de documento-síntese.

Para a **quarta etapa** se propõe a apreciação do documento-síntese da linha do cuidado à PSR adoecida por tuberculose em reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Posteriormente, na **quinta e última etapa**, este documento será amplamente divulgado e discutido entre os profissionais dos serviços da rede de saúde local e socioassistencial do município por meio de um seminário específico.

Para as etapas de oficina e reunião de construção da linha de cuidado, será utilizado o auditório da própria Secretaria Municipal de Saúde. Já para a apresentação da síntese no Conselho Municipal de Saúde (CMS), será utilizado o espaço próprio deste. O seminário será realizado no espaço da Câmara Municipal de Vereadores.

Tabela 1. Etapas da linha de cuidado voltada a PSR, do município de Eunápolis (BA)

Etapas	Metas
01	Diagnóstico situacional da PSR; Reunir com a Secretaria Municipal de Saúde e a Superintendência da Vigilância em Saúde para apresentação do projeto de intervenção; Reunir com Assistência Social e gestão da Atenção básica para apresentar projeto; Convidar os possíveis parceiros para seminário por meio de ofício; Explicar sobre encontros quinzenais para elaboração da linha de cuidado; Sensibilizar e informar os profissionais da rede quanto aos aspectos da TB na PSR.
02	Realizar um momento de educação continuada voltada, principalmente ao Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua) e consultório na rua, no intuito de identificar e testar o paciente sintomático respiratório (SR); Capacitar médicos e enfermeiros quanto ao manejo clínico da TB; Capacitar os profissionais quanto a PTS e importância na sua aplicação a PSR; Estabelecer fluxos para testagem SR e obtenção de resultados; Garantir screening (triagem) radiológico, quando necessário.
03	Definir competências da rede assistencial; Estabelecer fluxos para encaminhamentos; Apresentar o documento síntese à Secretaria Municipal de Saúde.
04	Reunir com presidente do CMS para apresentação da linha de cuidado e solicitar pauta na reunião do conselho; Apresentação da linha de cuidado no CMS.
05	Divulgar documento para os profissionais envolvidos; Profissionais comprometidos em seguir a linha de cuidado; Motivar esses profissionais a seguirem a linha de cuidado; PSR atendida conforme as necessidades; Diagnóstico precoce; Redução das taxas de abandono nesse público; Aumento da proporção de cura; PSR como sujeito ATIVO no seu tratamento.

Fonte: elaborada pelos autores.

Acompanhamento e avaliação da elaboração da linha de cuidado

Durante os encontros para a elaboração da linha de cuidado, deve-se contar com assiduidade dos envolvidos em todas as etapas do processo, pois será um momento de reconhecimento da rede de atenção à saúde de forma dinâmica, em que todos irão se apresentar e dizer a qual estabelecimento está vinculado. Com isso, obtém-se o mapeamento de toda a rede, fator importante, pois o município de Eunápolis irá traçar uma linha municipal, mas contando com suporte da secretaria de saúde do estado, uma vez que em Eunápolis não dispõe de referência secundária para os casos de tuberculose, sendo esses pacientes encaminhados para o ambulatório do hospital Couto Maia, em Salvador (BA).

Além da apresentação, é necessária a realização de oficinas com todos os participantes e assim definir as atribuições, pensando sempre nas ações da gestão e da assistência, pois daí sairão os fluxos e itinerários. Nas oficinas, é necessário definir as possibilidades de acesso ao serviço, pois se tratando de população de situação de rua essa porta pode ser invertida e ele adentrar ao serviço pela unidade hospitalar; focar em facilitar o acesso dos indivíduos evitando burocracias e priorizando as suas necessidades em saúde.

É de extrema necessidade reforçar a importância do registro de informações dos indivíduos com tuberculose quando atendidos e cuidados pela REDE. O Ministério da Saúde disponibiliza vários sistemas para esse fim, incluindo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) para hospitalizações, e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), que fornecem dados sobre tuberculose.

Com isso, a avaliação de uma linha de cuidado requer paciência e monitoramento dos dados contidos nos sistemas acima citados, pois serão analisados os percursos da PSR nos estabelecimentos de saúde, bem como indicadores pactuados pelo município (incidência, cura, abandono, óbito, avaliação de contatos), que serão acompanhados trimestralmente e repassados a todos.

Resultados esperados

Após implantação deste projeto de intervenção espera-se que ocorra uma qualificação na assistência à saúde, que os profissionais envolvidos estejam sensibilizados a atender as peculiaridades vivenciadas pela População em Situação de Rua e acolhê-la de forma mais efetiva e eficaz.

Espera-se também contribuir para um aprimoramento da rede do cuidado com maior articulação entre a rede de assistência à saúde, e que a equipe coesa e atenta às vulnerabilidades da PSR consiga ampliar o acesso na rede SUS e reformular os processos de trabalhos e fluxos, melhorando a qualidade do serviço.

A linha de cuidado propõe uma atenção/humanização à PSR, independente da via de entrada desse paciente no serviço (Saúde X Assistência Social), garantido a ele o direito à saúde e manutenção do cuidado, com foco na identificação do sintomático respiratório e diagnóstico da tuberculose em tempo oportuno.

Conclusões

O morar nas ruas é algo que contraria os princípios básicos da sociedade como um todo, pois acaba sendo algo fora dos padrões estabelecidos, distante do querer de muitas pessoas. Ter um estilo de vida, se alojar nos centros das cidades, não ter o que vestir e, muitas vezes, o que comer, faz com que a população em situação de rua passe a ser excluída e vítimas de violências que chocam nossos costumes.

Visando ofertar o que já é de direito, a saúde da PSR deve ser feita por meio de parcerias, uma vez que a mesma está inserida em um território que é de competência de uma equipe de saúde, que conta principalmente com apoio dos agentes comunitários e do consultório na rua. Os ACS e CR devem realizar um cadastro desses pacientes e seguir com o atendimento necessário.

A APS é porta de entrada do serviço de saúde, onde o indivíduo consegue grande resolutividade das suas necessidades de saúde. Os

profissionais desse nível de assistência são responsáveis por acompanhar sua população cadastrada, tem-se o estabelecimento de vínculo, uma vez que o indivíduo está mais próximo do serviço. Esse vínculo gera afeto e confiança, fatores tidos como importantes no acompanhamento do indivíduo com TB e que favorecem a adesão ao tratamento.

Os Centros POPs atuam como importantes parceiros no manejo com a PSR, devem estar ligados ao setor saúde, eles atuam de forma a melhorar as condições de vida do público em questão, no entanto, prevalecem ações de caráter emergencial.

Logo, a Atenção Básica deve ficar responsável por essa linha de cuidado, no que se refere a seguir os fluxos estabelecidos, e as equipes de saúde da família devem gerir cada Projeto Terapêutico Singular (PTS) e acompanhar o paciente, garantindo, quando necessário, acesso aos outros níveis assistenciais.

Referências

1. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. 2004;13(1):56-69.
2. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle de Tuberculose no Brasil. 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 – Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/28/manual-recomendacoes.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.
3. Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zatnatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):808-815.
4. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações Para o Controle Da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 –Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf . Acesso em: 12 nov. 2020.
5. Rabahi MF, Júnior JRLS, Ferreira ACG, Tannus-Silva DGS, Conde MB. Tratamento da tuberculose. *J. bras. pneumol*. 2017;43 (06).
6. Sousa, SPO, Mascarenhas MDM, Silva MCB, Almeida RAM. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no Município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil – 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(3):465-474.
7. Santos ACE, Brunfentrinker C, Pena LS, Saraiva SS, Boing AF. Análise e comparação dos desfechos do tratamento de tuberculose na população em situação de rua e na população geral do Brasil. *J Bras Pneumol*. 2021;47(2):e20200178.

8. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 – Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf . Acesso em: 12 nov. 2020.
9. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 – Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/volume-unico-2017.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.
10. Natal S, Valente, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. Bol. Pneumol. Sanit. 1999; 7(1).
11. Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. Rev Saúde Pública 2007;41(Supl. 1):89-94.
12. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Regiões de saúde do estado da Bahia. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2021 - http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/Indexch.asp
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019 – Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/eunapolis/panorama>. Acesso em: 12 nov. 2020.
14. Ministério da saúde. Espaço para informação e acesso aos sistemas da Atenção Básica. E-Gestor AB. Brasília: Ministério da Saúde; 2021- Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 nov. 2022.
15. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12 (4).
16. Pinto MP, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, Andrade AS. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 493-302.

OLHARES, SABERES E QUERERES: EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO COLETIVA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) DO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ (RJ)

Leila Claudia Monteiro de Castro dos Santos Braga*
Maura Vanessa da Silva Sobreira**

Introdução

Este relato de experiência é proveniente da construção coletiva de um projeto de intervenção municipal, apresentado como trabalho de conclusão de curso à especialização “Educação Permanente – Saúde e Educação em uma perspectiva integradora”, promovida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

De acordo com a Carta de Ottawa¹, a saúde depende de fatores econômicos, políticos, culturais e socioambientais, dentre outros. A promoção da saúde é um processo complexo que envolve aspectos relacionados à educação, moradia, alimentação, renda, manutenção da paz, ecossistemas estáveis, justiça social e equidade. Sendo assim, entende-se que as ações de promoção da saúde devem buscar o estabelecimento de ambientes saudáveis por meio do engajamento da comunidade, do desenvolvimento de habilidades pessoais e da reorientação dos sistemas de saúde.

Para Gomes², o ambiente escolar vem sendo considerado um espaço privilegiado para a realização de ações de promoção da saúde. A complexidade do enfrentamento às vulnerabilidades existentes no processo saúde-doença reflete a

* Especialista em Educação Permanente, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. leilamonteiro.fono@gmail.com

** Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Açu (RN), Brasil. mauravsobreira2@gmail.com

necessidade da intersetorialidade como estratégia de intervenção sobre a realidade, não sendo a saúde apenas responsabilidade de um único setor da sociedade.

De acordo com Silva³ e Câmara⁴, as ações voltadas à saúde do escolar surgiram início do século XX no Brasil, com o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar na cidade do Rio de Janeiro, sob uma perspectiva higienista, autoritária e disciplinar, a partir de ações de vigilância higiênica, profilaxia de moléstias transmissíveis, inspeção médica individual, fiscalização de exercícios físicos e educação sanitária.

Entre as décadas de 1940 e 1960, o modelo biomédico especializado e hospitalocêntrico ganhou força na saúde do escolar. Com ações assistencialistas, curativas e de medicalização do fracasso escolar, em um movimento de culpabilização do indivíduo por suas dificuldades, passou a ser denominada “medicina escolar a partir dos anos 1970, com a implantação de equipes médicas e odontológicas dentro das escolas e a realização de ações de prevenção de problemas de saúde que afetassem o desenvolvimento escolar”⁵⁻⁷.

Em 1980, com o surgimento do Plano Integrado de Atuação, formaram-se as comissões mistas de saúde e educação, que atuavam no planejamento da saúde do escolar^{3,7}. Em paralelo a isso, a Conferência de Alma-Ata proporcionou uma reestruturação da assistência à saúde, embora sem a definição de ações voltadas ao grupo de escolares com idade entre 7 e 10 anos, tendo como enfoque a saúde materno-infantil e a Atenção Primária em Saúde⁶.

O conceito de escolas promotoras de saúde, criado nos anos 1990, propôs uma nova abordagem sobre a saúde do escolar, agora entendida de forma multifatorial, com educação em saúde nas salas de aula e com a aproximação das equipes de saúde e de educação do território⁸. Dez anos depois, a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Comissão Nacional de Determinantes Sociais (CNDSS), fortaleceu o entendimento da saúde como produção social múltipla e complexa, bem como a importância de programas intersetoriais na promoção da saúde⁷.

Em 2007, a promoção da saúde do escolar passou a ser orientada sob uma perspectiva histórico-social, admitindo a articulação com o saber popular, por meio do estabelecimento de uma parceria intersetorial e horizontalizada

com a comunidade, priorizando a utilização dos serviços de saúde disponíveis no SUS, valorizando especialmente a Atenção Primária³.

Por meio do decreto presidencial 6286/07, instituiu-se o Programa Saúde na Escola (PSE), com objetivos voltados ao enfrentamento de vulnerabilidades à saúde dos escolares, abrangendo a rede pública de ensino. Composto por ações de prevenção e promoção da saúde, promoção da cultura de paz, fortalecimento intersetorial entre Saúde e Educação, e a estimulação da gestão participativa no SUS; o PSE busca a melhoria da qualidade de vida e a formação integral dos estudantes⁹.

No município de Itaguaí, localizado na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, a pactuação do PSE ocorre desde 2014, contemplando alunos da rede municipal de ensino, desde a creche até o nono ano. O município possui 62 unidades escolares, 24 destas pactuadas ao PSE no biênio 2019/2020.

O PSE Itaguaí conta atualmente com uma equipe multidisciplinar composta por dez profissionais que realizam visitas por todo o território do município, levando as ações de prevenção e promoção da saúde às escolas pactuadas. Além disso, conta com parcerias com Equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESFs), a Equipe de Informação, Educação e Comunicação (IEC) da Vigilância em Saúde, e profissionais de enfermagem e assistência social da empresa Porto Sudeste.

Em sua prática, o PSE Itaguaí vivencia alguns conflitos que se dão na interface saúde e educação, e que impactam no desenvolvimento das ações do programa. O desafio de se trabalhar na perspectiva da intersetorialidade e a insatisfação com os conflitos existentes, motivou a decisão de se elaborar um projeto de intervenção que permitisse repensar o processo de trabalho e problematizar a realidade de forma coletiva, a fim de modificá-la.

Objetivo

O presente projeto teve como objetivo desenvolver ações de Educação Permanente junto aos educadores das escolas pactuadas, com vistas a fortalecer o Programa Saúde na Escola (PSE) do município de Itaguaí (RJ) e a

intersectorialidade entre Saúde e Educação. Deste modo, buscou-se promover a aproximação entre a equipe do PSE e os educadores das escolas pactuadas e estimular a incorporação de temáticas de saúde no cotidiano dos escolares.

Metodologia

Um projeto de intervenção surge por meio da delimitação de um problema a partir do reconhecimento que se tem da insatisfação com realidade e do desejo de transformá-la em outra, desejável. Tal delimitação deve considerar o valor e reconhecimento social do problema, a governabilidade para geração de mudanças, o custo econômico das propostas para tais modificações, e a eficácia da intervenção proposta¹⁰.

A experiência aqui relatada foi vivenciada ao longo da especialização “Educação Permanente – Saúde e Educação em uma perspectiva integradora”, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) entre julho de 2019 e julho 2020. A especialização teve como proposta a elaboração de um projeto de intervenção junto aos coletivos de trabalho, por meio do conceito de Caixa de Ferramentas, em um investimento para o fortalecimento da Educação Permanente na integração entre saúde e educação.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)¹¹ propõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a fim de motivar o diálogo, reflexão crítica e autonomia dos sujeitos na problematização de suas práticas de trabalho. Sendo assim, a Educação Permanente em Saúde seria uma estratégia integrativa, capaz de valorizar as práticas e os saberes dos envolvidos em relação a seus processos de trabalho¹².

Sob esta perspectiva, compreende-se que a aprendizagem deve ocorrer coletivamente, por meio da identificação e problematização dos processos de trabalho em suas múltiplas dimensões, valorizando a troca de saberes e de experiências entre os sujeitos¹³. Para que ocorram mudanças efetivas, é necessário que se reflita sobre a realidade, buscando elementos que nos inquietem e nos motivem a transformá-la¹⁴.

Para a construção coletiva do projeto de intervenção, foram realizadas três microintervenções baseadas no conceito de Caixa de Ferramentas. O conceito de Caixa de Ferramentas é inspirado nas ideias de Emerson Merhy¹⁵ e, nesta experiência, baseou-se no contexto utilizado por Figueiredo¹⁵ no curso “Formação de Facilitadores de Educação Permanente” desenvolvido pela Coordenação de Desenvolvimento Educacional e EAD (CDEAD/ENSP). Nesta abordagem, a Caixa de Ferramentas inclui três ideias conceituais: a rede de cogestão de coletivos (ou gestão compartilhada), a rede analisadora dos processos de trabalho, e a rede explicativa de problemas e nós críticos. Cada uma destas ideias conceituais foi aplicada a uma microintervenção, respectivamente.

A rede de cogestão de coletivos seria uma oportunidade para a horizontalização do trabalho e para a negociação de conflitos advindos dos diferentes interesses e poderes dos atores sociais envolvidos, ou seja, das diferentes formas de olhar para uma mesma realidade. Através deste conceito, buscou-se a desconstrução de verdades absolutas, a valorização do olhar do outro e a corresponsabilização dos participantes na construção da realidade¹⁶.

Quanto à rede analisadora do processo de trabalho, esta seria uma estratégia utilizada com a finalidade de ampliar o entendimento sobre o processo de trabalho, estimulando a reflexão coletiva sobre o mesmo¹⁶.

Como processo de trabalho, entende-se a maneira com que as práticas são desenvolvidas. A reflexão crítica acerca do processo de trabalho é parte central do processo de desenvolvimento humano. O processo de trabalho em saúde distingue-se por ser destinado às pessoas na construção de um processo de cuidado compartilhado entre usuário e profissional, onde há contribuição mútua para o processo de trabalho em questão^{17,18}.

Em relação à rede explicativa de problemas e nós críticos, parte-se do pressuposto de que os problemas não existem de forma independente aos atores envolvidos. Os problemas possuiriam um caráter subjetivo, podendo ser entendidos de diferentes formas, de acordo com a subjetividade individual ou coletiva¹⁶.

As microintervenções foram realizadas no município de Itaguaí, no período compreendido entre setembro e dezembro de 2019, com a participação

da equipe de profissionais do PSE e de educadores da rede municipal de ensino. As participações nestes encontros foram de caráter voluntário.

Resultados e discussão

1ª. Microintervenção – Rede de cogestão de coletivos

A primeira microintervenção utilizou o conceito de “rede de cogestão de coletivos”. O encontro contou com a participação de dois coordenadores do PSE (Educação), a coordenadora do PSE (Saúde), duas auxiliares de saúde bucal, uma dentista e uma fonoaudióloga (mediadora da microintervenção). Os demais integrantes (dois dentistas e uma nutricionista) não estiveram presentes devido à incompatibilidade de agenda.

No intuito de promover a horizontalização e o diálogo entre os participantes, utilizou-se o método Paideia. Elaborado por Campos¹⁹ como crítica ao Taylorismo, o método Paideia propõe a quebra desta racionalidade gerencial hegemônica, que aliena o trabalhador, impedindo-o de interferir nos processos produtivos. Desta forma, permite a criação de espaços coletivos por meio da conformação de roda de conversa, propiciando construções e reconstruções coletivas baseadas na cogestão dos sujeitos, respeitando-se a autonomia, subjetividade e protagonismo dos mesmos. Como ponto de partida, refletiu-se acerca do conceito de Educação Permanente em Saúde, uma vez que não era de domínio da equipe, sendo confundido com o conceito de Educação Continuada.

Peres, Silva e Barba²⁰, em sua pesquisa acerca das potencialidades e desafios do processo de Educação Permanente em Saúde no município de São Carlos (SP), observaram que a falta de diálogo entre gestão e trabalhadores e o desconhecimento de ambos quanto ao conceito de EPS, é um dos principais desafios à execução da PNEPS. A partir do momento em que a EPS não é compreendida pelos atores responsáveis pela sua implementação, as práticas educativas acabam por tornar-se verticalizadas, levando os trabalhadores a percebê-las como ações de capacitação e não como ações de EPS.

A Educação Continuada tem como objetivo responder a demandas pontuais, de cunho técnico-científico, tendo como foco atualizar os trabalhadores, evitando a obsolescência ou o desconhecimento quanto às práticas e saberes. São geralmente elaboradas nos moldes de cursos ou capacitações e suas ações se encontram frequentemente em desarticulação com as necessidades de saúde²¹⁻²³. Por sua vez, a Educação Permanente parte de um debate crítico do processo de trabalho e se realiza por meio da problematização da realidade, buscando a ruptura com o modelo de educação bancária, verticalizada e hierarquizada^{3,24}.

Ao longo da atividade, os participantes foram conectando o conceito de EPS aos processos de trabalho, partindo de duas questões centrais: “O que é o PSE para mim?” e “Quais desafios encontro na prática do trabalho?”. Os problemas mencionados foram elencados no quadro abaixo:

Quadro 1. Reflexões acerca do processo de trabalho

O que o PSE é para mim?	Quais desafios encontro na prática do trabalho?
“Prevenção”	“Falta de estrutura”
“Aproximação entre saúde e educação”	“Problemas com a localização das escolas” (segurança, dificuldade de acesso)
“Informação”	“Pouca receptividade dos profissionais da educação”
“Gratificante”	“Falta de entendimento/comprometimento dos gestores (saúde/educação)”
“Tenta sanar problemas de saúde que comprometem o processo de aprendizagem”	“Dificuldade em incluir outros profissionais da saúde” (nutrição, enfermagem, etc.)

Fonte: achados da primeira microintervenção.

A partir dos problemas levantados, introduziu-se a reflexão acerca da governabilidade da equipe para efetuar mudanças. Acordou-se que o projeto de intervenção a ser criado deveria estar focado na dificuldade encontrada em acessar os educadores e sensibilizá-los quanto a importância do programa. Tais dificuldades acabam resultando em uma baixa receptividade ao PSE em algumas escolas, comprometendo a qualidade do trabalho realizado pela equipe

de saúde. Desta forma, percebeu-se a necessidade de incluir novos atores neste processo de construção, sendo essencial a participação dos educadores.

2ª. Microintervenção – Rede analisadora do processo de trabalho

Nesta etapa foram convidados diretores e professores de quatro escolas pactuadas pelo PSE. O convite, de caráter voluntário, foi enviado aos educadores por meio de documento de comunicação interna. O critério de seleção destes profissionais considerou os seguintes aspectos: variabilidade de segmentos escolares, experiência prévia e possibilidade de diálogo.

Em relação à variabilidade de segmentos escolares, as práticas de trabalho do PSE variam de acordo com o segmento escolar atendido, havendo diferenças tanto na abordagem técnica quanto no tipo de demanda de saúde e, portanto, nos desafios encontrados. Sendo assim, foram convidados educadores de creche, unidade de educação infantil, a unidade de primeiro segmento e unidade de segundo segmento.

Quanto à experiência prévia, entendendo que as atividades a serem realizadas sob a perspectiva da Educação Permanente levariam a reflexões acerca do processo de trabalho, a equipe optou por convidar profissionais que já tivessem experiências prévias com a pactuação do programa. Sendo assim, todas as unidades escolares convidadas a participar já haviam sido visitadas pelo PSE no presente ano.

No tocante a possibilidade de diálogo, levou-se em consideração as unidades escolares que demonstraram uma boa receptividade ao programa e que, supunha-se, estariam dispostas a somar neste processo de construção coletiva.

Compareceram 16 profissionais: os dois coordenadores do PSE (Educação), a coordenadora do PSE (Saúde), duas auxiliares de saúde bucal, duas dentistas, quatro diretoras de unidades escolares, quatro professoras e uma fonoaudióloga (moderadora).

Optou-se por iniciar o encontro por meio da oficina da Tenda do Conto²⁵, uma prática dialógica idealizada nas ESFs de Panatis e Soledad I, no município de Natal (RN). A Tenda do Conto se caracteriza como uma

metodologia participativa que gera afetação por meio da manifestação de afetos, onde os participantes são convidados a narrar suas próprias vivências a partir de um objeto escolhido por eles. Com o compartilhamento de cada uma das múltiplas histórias, atingem-se novos significados, permeados pela subjetividade de cada sujeito.

Foi solicitado aos participantes que trouxessem um objeto para que, por meio dele, compartilhassem suas trajetórias profissionais. Houve momentos de emoção, onde muitos profissionais se comoveram ao contar sobre as dificuldades que enfrentaram em seus percursos de vida. Através da Tenda do Conto, partimos do quase total desconhecimento do outro para a construção de um laço importante de empatia e afetividade.

Em seguida, foi proposto aos profissionais que conceituassem os dois campos de atuação do PSE, como apresentado no quadro abaixo:

Quadro 2. Produção dos conceitos “saúde” e “educação”

Saúde	Educação
Bem-estar físico, mental e social	Adquirir conhecimento para uma vida saudável
Fundamental/primordial	Construção
Prevenção	Transmissão de conhecimento
Cuidado/ cuidados com a vida	Base da sociedade
Primordial para uma educação saudável	Princípio de tudo
Equilíbrio entre corpo e mente	Cidadãos críticos/ criticidade
Nossa maior riqueza	Transforma vidas
Ótimo funcionamento do corpo	Formação
Qualidade de vida	Abre caminhos
Saúde pública para todos	Educação muda as pessoas, as pessoas mudam o mundo

Fonte: achados da segunda microintervenção.

A partir desta reflexão, indagou-se quanto à intersetorialidade, e sobre a relação entre estes dois conceitos (saúde e educação). O grupo concluiu haver complementaridade entre os conceitos: sem a educação, não há criticidade

quanto às políticas públicas de saúde, não há o entendimento do autocuidado nem do cuidado com o outro. Da mesma maneira, sem a saúde (bem-estar), não há meios de se alcançar o conhecimento e o empoderamento que a educação é capaz de promover.

Souza, Esperidião e Medina²⁶ observaram que há diferentes interpretações para o termo intersectorialidade. Em seu estudo com profissionais da Saúde e da Educação do PSE, o termo foi mais bem compreendido pelos profissionais da saúde, enquanto para os profissionais da educação foi interpretado como colaboração e parceria, sem se atrelar a ideia de cogestão.

Em uma reflexão acerca dos desafios existentes na intersectorialidade (Saúde e Educação), os participantes problematizaram o processo de trabalho a partir de cada realidade, elencando os problemas mais relevantes, como consta no quadro abaixo:

Quadro 3. Problematizando o processo de trabalho intersectorial

Quem visita...	Quem recebe...
Dificuldades de deslocamento até a escola.	Alta demanda de problemas de saúde na escola.
Falta de infraestrutura no espaço físico da escola.	Pouca frequência de visitação do PSE.
Pouca receptividade por parte dos educadores.	Receio dos responsáveis em receber o PSE na unidade escolar (se sentindo fiscalizados).
Pouca valoriza�o do serviço (na própria Secretaria de Saúde).	Desorganiza�o do cronograma.
Desconhecimento da equipe de educa�o sobre o programa.	Pouco link das a�o es da saúde com a realidade do aluno e com o que � visto em sala de aula.
Dificuldade de acesso aos professores.	Dificuldade em atender a equipe de saúde em tudo o que � preciso (falta de recursos).
Dificuldade em incorporar novas práticas na rotina escolar.	-----
Dificuldade em conseguir a documenta�o necessária (lista de alunos matriculados, número do cartão do SUS, etc.).	-----

Fonte: achados da segunda microintervens o.

3ª. Microintervenção – Rede explicativa de problemas e nós críticos

A terceira microintervenção contou com a participação de todos os membros da equipe PSE: os dois coordenadores do PSE (Educação), a coordenadora do PSE (Saúde), três dentistas, uma nutricionista, duas auxiliares de saúde bucal e uma fonoaudióloga (moderadora). O encontro teve como objetivo estabelecer a rede explicativa do problema e nós críticos, sendo proposta ao grupo uma reflexão acerca dos problemas levantados neste percurso e a identificação destes nós. Optou-se pela apresentação do conteúdo com recurso visual por meio do recurso de PowerPoint, visualizando as fotos dos encontros anteriores. Os nós críticos identificados pela equipe como principais, giraram em torno de questões relacionadas à receptividade por parte dos educadores, valorização do PSE e aproximação entre Saúde e Educação. Em seguida, solicitou-se a equipe que refletisse sobre possíveis estratégias para a resolução destes problemas no cotidiano do programa, considerando o público-alvo, a abrangência, as parcerias e os recursos necessários, resultando no plano de ações abaixo:

Quadro 4. Projeto de intervenção municipal

	Plano de ações
Público-alvo	Professores da rede municipal de ensino de Itaguaí/RJ
Abrangência	Corpo docente das escolas pactuadas ao PSE
Responsáveis	Equipe PSE
Parcerias e articulações	Direção Geral das Escolas (DGE), Núcleo de Educação Permanente (NEP) e outros profissionais da rede municipal
Recursos	Recursos humanos e econômicos próprios do PSE

Ações propostas	Reunião inaugural do PSE: O convite tradicionalmente feito aos diretores será estendido aos professores, a fim de melhor comunicar o objetivo do PSE, sua importância e logística.
	Semana de Saúde: Deverá ser organizada pelos educadores com apoio do PSE, no intuito de aproximar os conteúdos relacionados à Saúde ao cotidiano dos alunos. Deverão ser abordados os temas trabalhados no PSE, além de temas relevantes à comunidade escolar.
	Conexão PSE - Construindo o Saber: O PSE, em parceria com o NEP, realizará encontros semestrais, a serem oferecidos aos educadores com o intuito de auxiliar na reflexão de demandas de saúde dos escolares, favorecendo a aproximação das equipes de Saúde e Educação.
	Reunião com os docentes: A se realizar no primeiro dia de visita do PSE, em ambiente escolar.
Avaliação e acompanhamento	Delimitação de indicadores para monitoramento das ações propostas: adesão dos educadores, cobertura das ações e qualidade do Conexão PSE – Construindo o saber. Realização de uma avaliação anual por parte da equipe PSE, por meio de Roda de Conversa (método Paideia).

Fonte: Projeto de Intervenção Municipal (PSE).

Considerações finais

O Programa Saúde na Escola nasce a partir da intersetorialidade e para a execução bem-sucedida de suas ações de prevenção e promoção da saúde do escolar, é necessário transitar entre as áreas da Saúde e da Educação com um olhar contextualizado à realidade de cada espaço. Em um mundo fragmentado por diversos “saber-fazer”, a intersetorialidade se coloca como um grande desafio não apenas para o PSE, mas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a educação pública, na busca pelo estabelecimento de redes capazes de promover a saúde integral dos indivíduos. Para tanto, há de se aprender a refletir criticamente, a buscar colaboração, respeitar e descobrir fortalezas nas diferentes formas de olhar para uma mesma realidade.

O uso da Educação Permanente como estratégia na busca pela construção coletiva e na valorização das subjetividades foi de grande valia para o PSE do município de Itaguaí (RJ), proporcionando a equipe a oportunidade de dialogar, perceber os desafios existentes, problematizar o processo de trabalho,

conhecer o ponto de vista dos educadores que nos recebem e produzir um projeto de intervenção orientado à geração de mudanças que irão beneficiar a efetividade das ações de prevenção e promoção da saúde do escolar, além de consolidar o trabalho intersetorial.

Havia uma grande expectativa para a implementação do projeto ao início do ano letivo de 2020, infelizmente interrompido pela Pandemia de covid-19. A retomada das aulas presenciais em 2022 trouxe novas perspectivas para o realinhamento do cronograma de ações em um futuro breve. Espera-se que este projeto de intervenção venha a fortalecer o PSE e a intersetorialidade no município de Itaguaí e, quiçá, incentivar outros trabalhadores a refletirem sobre seus processos de trabalho, gerando mudanças onde são necessárias.

Referências

1. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 – Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes//cartas_promocao.pdf. Acesso em: 12 nov. 2020.
2. Gomes LC. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
3. Silva CS. Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersetorialidade no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
4. Camara S. Inspeção Sanitária escolar e educação da infância na obra do médico Arthur Moncorvo Filho. *Rev Bras Hist da Educ.* 2013;13(3):57-85.
5. Valla VVH, Eliane H. Fracasso escolar, saúde e cidadania. In: Costa NR, Ramos CL, Minayo MCS, Stotz EN. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes; 1989.
6. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciênci. Saúde Colet.* 2016; 21(6): 1777-88.
7. Silva CS. Saúde na Escola – intersetorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
8. Stewart-brown S. What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting school's approach? Copenhagen: World Health Organization; 2006 – Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

9. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 2007; 5dez.
10. Deslandes SF. Notas para elaboração de projetos de investigação científica e projetos de intervenção. In: Leitão CF, Santos H, organizadores. Curso de impactos da violência na saúde: caderno do aluno: orientações para o curso de especialização. Rio de Janeiro: Ensino a Distância/ Escola nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.
11. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Diário Oficial da União. 2007; 20ago – Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 12 nov. 2020.
12. Silva LAA, Leite MT, Pinno C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. *Trab. Educ. Saúde.* 2014;12(2): 403-24.
13. Ceccim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: rev de saúde colet.* 2004; 14(1): p. 41-65.
14. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev de Saúde Públ.* 2005; 39(2): 231-37.
15. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
16. Figueiredo MCB. Formação de facilitadores de educação permanente em saúde. Rio de Janeiro: Ensino a Distância/ Escola nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
17. Faria HP, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. O processo de trabalho e seus componentes. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva /Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
18. Rodrigues MP, Araújo MSS. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte / Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
19. Campos GWS. Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos, São Paulo: Hucitec; 2000.
20. Peres C, Silva RF, Barba PCSD. Desafios y potencialidades del proceso de educación permanente en salud. *Trab. Educ. Saúde.* 2016; 14(3): 783-801.
21. Pedrosa VG. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. *Mundo Saude.* 2005; 29(1): 88-93.
22. Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(30).
23. Cavalcanti FOL, Guizardi FL. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. *Trab. Educ. e Saúde.* 2018; 16(1): 99-122.

24. Lucena KDT, Pereira AJ, Kulpa S, Deininger LSC, Silva GM. Processo De Formação Para Educação Permanente Em Saúde: Relato De Experiência. *Rev. Enferm. UFPE*. 2016; 10(6): 2247-52.
25. Félix-Silva AV, Nascimento MVN, Albuquerque MMR, Cunha MSG, Gadelha MJA. A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica. Natal: Edunp; 2014.
26. Sousa MC, Esperidião MA.; Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Coletiv*. 2017; 22(6): 1781-90.

ANTIRRACISMO E DIREITO À SAÚDE PARA POPULAÇÃO NEGRA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)

Maria das Graças Carvalho da Silva*
Joice Aragão de Jesus**
Lucia Regina Florentino Souto***

Introdução

Este capítulo é o resumo do trabalho de conclusão do curso de Especialização em “Direitos Humanos, Saúde e Racismo: a Questão Negra”. A proposta do estudo foi analisar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de refletir a respeito da importância dos direitos humanos no campo da saúde, a incidência do racismo institucional na saúde e o racismo estrutural na vida da população negra, a luta do Movimento Negro para a efetivação de uma política antirracista por direitos sociais, em especial, ao direito à saúde.

As reflexões promovidas no ambiente da Especialização em “Direitos Humanos, Saúde e Racismo: a Questão Negra” na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), nos colocou diante de questões que envolvem a relação entre racismo, direito humano à saúde, assim como a compreensão da questão racial, dos direitos humanos e da saúde

* Especialista em Direitos Humanos, Saúde e Racismo: a Questão Negra na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mgcarvalhosilva@yahoo.com.br

** Coordenadora-geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde. Brasília (DF), Brasil. joice.aragao@saude.gov.br

*** Pesquisadora do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luciafsouto@yahoo.com.br

pública no Brasil. Além da possibilidade de entendimento dos conhecimentos que se desenvolvem por meio de ações que proporcionem à população negra o acesso a um direito básico garantido constitucionalmente: o direito à saúde.

Haja vista que, apesar da formação multirracial da sociedade brasileira, em questões voltadas à população negra, esta tem seus direitos negados historicamente. Para esse segmento social, em decorrência do racismo em suas instâncias estrutural¹ e institucional², faz-se necessário ampliar o entendimento das questões que envolvem o exercício da cidadania, no que diz respeito ao direito à saúde pública.

Historicamente, apesar dos direitos sociais básicos (a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados) preconizados pela Constituição Federal de 1988³, como consta no Art.6: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]”, o segmento social negro, grosso modo, é mantido à margem desses direitos no exercício da cidadania.

A questão social e racial estão presentes em nossas vivências. Como cidadã usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o olhar profissional de assistente social, a partir das discussões no curso de especialização, observo que, atualmente, os espaços das instituições de saúde de Atenção Básica têm imagens de acolhimento à população negra. Nessas imagens, expostas em quadros grandes na parte do atendimento da consulta, estão representados os rostos negros: nas Clínicas da Família, Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h). Diante dessas observações, questões surgiram: será que a comunidade tem acesso a informações sobre a existência da PNSIPN, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)? Será que houve uma apresentação dos objetivos dessas imagens/mensagens com rostos negros para a comunidade negra usuária dos serviços de saúde do SUS?

Estas questões iniciais se fazem necessárias, pois, no entendimento da existência de uma política pública voltada às especificidades em saúde da população negra, a compreensão do significado do preenchimento do quesito

raça/cor (Portaria n.º 344/2017) nos formulários ou fichas de atendimento das UBS poderá se tornar uma ferramenta que possibilitará o exercício do direito à saúde pública, em relação às necessidades específicas da saúde da população negra nessas unidades de saúde. Assim, como a eficácia na avaliação e monitoramento da PNSIPN pelos gestores e profissionais responsáveis na efetiva aplicação das políticas de saúde no Brasil.

Em relação à saúde, apesar do que é preconizado no Art. 25º da Carta dos Direitos Humanos: “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar [...] à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários [...]”, esses direitos básicos, proclamados pelas Nações Unidas em 1948⁴, que ainda são ignorados pela maioria da população. Deveriam estar assegurados a todo e qualquer ser humano, não importando a classe social, raça, nacionalidade, religião, cultura, profissão, gênero, orientação sexual ou qualquer outra variante possível que possa diferenciar os seres humanos.

Orientados por essa perspectiva baseamos nossa compreensão sobre a importância das discussões que envolvem direitos humanos, saúde e racismo.

Neste sentido, é importante o reconhecimento do racismo (estrutural e institucional, entre outras tipologias) como gerador das desigualdades sociorraciais, que também afetam as condições de saúde de mulheres negras e homens negros, desde a infância, acarretando tensões, desafios e, em vista disso, a necessidade de ações voltadas para uma operacionalização mais efetiva no que tange a universalidade, integralidade e equidade no atendimento e nas políticas públicas adequadas à saúde da população negra. E, em se tratando do SUS, devemos observar o termo equidade como:

[...] um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas,

considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade⁵.

As discussões sobre direitos humanos, racismo e saúde agregaram conhecimentos significativos à minha atuação como profissional, assistente social, na área de saúde e, em especial, junto à população negra, com relação ao direito à saúde. Também se faz necessária a compreensão pessoal sobre os significados das categorias direitos humanos e saúde, o entendimento das formas de racismo, a compreensão histórica referente à população negra brasileira e a importância do SUS.

O entendimento da questão racial no Brasil é de significativa importância para o profissional na área de saúde que, em suas competências e atribuições, deve buscar conhecimento e entendimento dos documentos que regem as leis de políticas públicas e sociais específicas para a população negra. Pois, na ação de viabilizar direitos sociais, precisamos compreender o quanto é importante observar e praticar as políticas de ação afirmativa para que a população negra possa exercer um direito básico: o direito à saúde.

Refletir sobre o direito à saúde, se tratando da população negra, é compreender a questão que está implícita, ou melhor, transversal nas expressões da questão social, observando os direitos negados, como habitação, alimentação, trabalho, saúde, educação, etc. É significativo o reconhecimento de que o racismo, que permeia a sociedade brasileira, apesar de sutil, está presente e tem efeitos negativos diretos, afetando a população negra, incidindo diretamente em sua saúde emocional, no desenvolvimento educacional e social, desde a infância.

Desta forma, a justificativa de nossa proposta de estudo é o entendimento das políticas públicas de saúde voltadas para a população negra; a compreensão das categorias direitos humanos, racismo e saúde na perspectiva da questão negra; assim como, a percepção, ao nos debruçarmos na contextualização da história da população negra no Brasil, de que a exclusão de direitos sociais fundamentais dessa população é significativa.

O objetivo geral do estudo tem na base analisar a PNSIPN, os objetivos específicos são: identificar a PNSIPN como uma Política de Ação Afirmativa do SUS; categorizar os objetivos/princípios da PNSIPN; investigar o processo de implementação e efetivação da PNSIPN; verificar a visibilidade da PNSIPN para o profissional de saúde (assistente social); discutir quais os impactos da PNSIPN para a população negra.

A metodologia se caracteriza como uma análise teórico-crítica, exploratória, descritiva, explicativa, documental e bibliográfica. Com método de pesquisa em sites oficiais, como do Ministério da Saúde, onde levantamos documentos e referências sobre às especificidades das políticas de saúde direcionada à população negra, a saber: a saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS; Portaria n.º 1.391, de 16 de agosto de 2005, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias; Portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Portaria n.º 344, de 1º de fevereiro de 2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde; Resolução n.º 16, de 30 de março de 2017, que dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Movimento Negro e a luta por direitos sociais

Quando debatemos políticas de saúde da população negra, é importante lembrar que essas lutas por saúde na sociedade brasileira foram motivadas pelo movimento negro, conforme sinalizado por Fátima Oliveira⁶:

Uma visão de conjunto dos principais momentos nos quais o Movimento Negro brasileiro explicitou suas demandas e reivindicou políticas públicas pode ser obtida na revisão e sistematização das avaliações e propostas elaboradas em diferentes contextos políticos,

em especial as contidas nos seguintes documentos: Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (Brasília, DF, 1986); Introdução do quesito cor no Sistema Municipal de Informação da Saúde (São Paulo, SP, 1992); Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, Pela Cidadania e a Vida (Brasília, DF, 1995); II Reunião Nacional de Mulheres Negras, Belo Horizonte, MG (20 e 21/09/1997); Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra (Brasília, DF, 13 a 15/09/2000); Documento Alternativo do Fórum Nacional de Entidades Negras (Rio de Janeiro, RJ (maio de 2000) e Nós, Mulheres Negras: Diagnóstico e propostas – Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras rumo à III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância (2001.3).

Estes são os principais documentos que apontam a luta do movimento negro brasileiro por Políticas Públicas de Saúde (PPS), uma história que salienta as lutas por direitos básicos, o direito à saúde e melhores condições de vida para a população negra. Um processo que vai desde a luta por direito à saúde da mulher, a introdução do quesito cor contra o racismo na luta por direitos humanos no atendimento e reconhecimento das especificidades em saúde da população negra no Brasil.

Historicamente, o movimento negro no Brasil tem sido um processo de luta contra o racismo na saúde, buscando políticas públicas que promovam uma melhor qualidade de vida para a população negra. O racismo põe a população negra em posição de subalternidade, desvalorização de sua cultura e sua história, causada pelas desigualdades econômicas, sociais e políticas na sociedade brasileira.

Ainda, segundo Oliveira⁶, desde 1549, quando foi registrada a chegada dos primeiros escravizados do continente africano em terras brasileiras até a proibição do tráfico atlântico e o fim da escravização no Brasil, a trajetória segue datas importantes na história oficial sobre o período da escravização negra no Brasil. A autora, observa que o processo de emancipação se deu de forma gradual e lenta:

[...] 1850 – Lei Eusébio de Queiroz, que extinguiu o tráfico negreiro; 1871 – Lei do Ventre Livre, que libertou os(as) filhos(as) de escravos(as) nascidos(as) a partir daquela data; 1885 – Lei Saraiva

Cotegipe ou Lei dos Sexagenários, que libertou os escravos com mais de 65 anos; e 1888 – Lei Áurea, que extinguiu oficialmente a escravidão no país, sem, no entanto, promover a integração da População Negra na sociedade.

É dessa longa história de escravização, da violência do sistema escravocrata e do lento processo de emancipação que resultaram as mazelas sociais em que os ex-escravizados no pós-abolição foram colocados.

Interesses políticos e econômicos favoreceram o pensamento racial ocidental, o racismo científico. Instrumento ideológico que serviu (com seus efeitos até os dias atuais) na ocultação do protagonismo dos povos africanos ao longo da história humana. Conforme salienta Carlos Moore⁷, o racismo como um “projeto científico moderno de uma compreensão sistemática e racializada da diversidade humana, operada nos séculos XVIII e XIX, só foi possível em função do critério fenotípico em escala planetária”.

O racismo, como prática social construída historicamente, é um fenômeno simbólico, pois, conforme as leituras, nos levou entender que essa é uma ideologia cujo objetivo é a desqualificação de classes, povos, etnias e seu desenvolvimento vem de uma estruturação de base conceitual histórica e sociológica, forjada pelo Ocidente.

É o que nos sinaliza Munanga⁸ ao refletir sobre o conceito raça. Para o autor, raça é uma classificação cultural, uma categoria político-social, com existência histórica, porém, a existência de raças humanas biologicamente não tem consistência científica. Como construção histórica, o conceito raça foi utilizado como distinção de classes sociais ou castas (séculos XVI e XVII), classificações da diversidade humana (século XVIII), promovido pela antropologia física, bem como, ao cientificismo do século XIX, que tentaram comprovar a existência de raças objetivando hierarquizar a humanidade. É essa hierarquização que originou o determinismo biológico que, mascarado como ciência, deu base ao surgimento do racismo científico ou racialismo (a eugenia, por exemplo).

Nesse contexto de exclusões, marginalização e racismo, as lutas da população negra por liberdade e melhores condições de vida foram intensas e

presentes durante a vigência do sistema de escravização. A observância das ações desses movimentos é de significativa importância para o entendimento das lutas por direitos sociais para a população negra. Para além dos direitos sociais básicos, o direito à saúde da população negra se faz presente, pois, é preciso indicar e considerar o racismo como categoria excludente na atenção à saúde da população negra nas instituições públicas de saúde, para que possamos manter as conquistas do SUS e não permitir o retrocesso de lutas conquistadas pelo Movimento Negro e a sociedade organizada pelo direito à saúde.

Com o avançar na organização, mobilização e elaboração de pautas por direitos para população negra, o Movimento Negro influencia os debates na Assembleia Nacional Constituinte. No entanto, apesar da “Constituição Cidadã” de 1988 e a adoção de políticas sociais de cunho universalizante, o Movimento Negro, em relação ao acesso a serviços e benefícios garantidos constitucionalmente, identificou como insuficiente para a redução das desigualdades raciais, problematizando ao incluir o tema racial na agenda das políticas públicas do debate político nacional, com o objetivo de desenvolver ações voltadas a igualdade racial⁹.

Conforme apontam Batista, Werneck e Lopes¹⁰:

[...] as ações públicas de saúde, tomando a dimensão da problemática das desigualdades raciais, se iniciam no Brasil na década de 1980, quando ativistas do movimento negro incluem essa temática nos âmbitos estadual e municipal.

A partir dos anos 1990, entrando nos anos 2000, o Movimento Negro amplia as reivindicações para maior inclusão social de grupos historicamente discriminados e onerados de direitos¹¹. Portanto, o engajamento do movimento negro na batalha contra o racismo e pela melhoria das condições de vida da população negra, com intervenções tanto no campo da questão racial quanto em ações relacionadas à saúde, culminou na criação da PNSIPN. Esta política representa uma medida afirmativa contra o racismo institucional e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde para os negros, promovendo a prevenção e o tratamento das doenças. Instituída pelo

Ministério da Saúde em 2009, a PNSIPN é um marco no enfrentamento ao racismo e na promoção da igualdade racial em saúde.

Dessa forma, a PNSIPN (2009) é uma construção histórica de lutas, uma conquista importante do Movimento Negro que esteve sempre presente no processo de luta pela saúde da população negra ao lado de organizações da sociedade civil. Essa política de saúde tem características importantes como a equidade e a universalidade, que também são princípios do SUS.

Essas conquistas devem ser viabilizadas para compreensão e construção social da saúde aos cuidados dignos no cotidiano da população negra pelos profissionais de saúde, visando a promoção de saúde e a cidadania. É importante reconhecer a saúde da população negra como direito social fundamental, portanto, também é importante a não aceitação do racismo, da exploração, da exclusão e da opressão em saúde, pois a saúde é um direito humano.

É importante o reconhecimento da luta do Movimento Negro, voltada às especificidades da saúde da população negra. A saúde é um direito humano e o Estado deve garantir os direitos à saúde sem negligenciar grupos de pessoas. Cuidar da saúde respeitando as diferenças culturais também é justiça social.

Direito à saúde da população negra: A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Tratando-se de saúde, a vulnerabilidade torna-se evidente e resulta das condições socioeconômicas a que a população negra se encontra submetida. Como produzir políticas públicas eficazes voltadas à saúde da população negra diante do quadro de vulnerabilidade e negação da incidência do racismo nessa segregação social e no acesso a direitos básicos?

Um dos quesitos importantes para que possamos direcionar e efetivar ações voltadas à população negra, para dar visibilidade às necessidades de saúde específicas, é a notificação dos critérios raça/cor, pois, a noção de raça é fundamental para organização dos princípios da sociedade¹². Em relação à assistência à saúde da população negra, o que se encontra descrito na PNSIPN¹³ é que,

O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da População Negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela População Negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania.

Conforme destacado na PNSIPN, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos a essas políticas direcionadas à saúde da população negra, abrangendo o acesso e a assistência em todas as suas vertentes. Isso é crucial para garantir a efetividade e o acesso às políticas públicas por parte desse segmento da sociedade brasileira. O que é essa política? O que isso quer dizer? Uma política para a população negra? A PNSIPN (2017)¹³ é uma política com base nos princípios constitucionais:

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1º, inc. II e III), do repúdio [...] 31 ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5º, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”³.

E por que a PNSIPN existe, se há no Brasil o SUS para atender todos os cidadãos que necessitem de cuidados integrais à saúde? A justificativa no documento é a seguinte:

O presente Plano Operativo tem como finalidade estabelecer as estratégias, os indicadores e as metas que orientarão a intervenção no Sistema Único de Saúde (SUS) – e os seus órgãos de gestão federal, estadual e municipal – no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial¹⁵.

Compreendermos, na sociedade contemporânea, que a população negra foi, historicamente, e continua sendo marginalizada no processo ideológico de desumanização, embora, hoje, esse segmento social seja a população predominante no Brasil, representando mais da metade da população brasileira.

Essa política pública é resultante das demandas sociais defendidas pelo Movimento Negro, como representante da sociedade civil, que se fez presente. Assim, o Ministério da Saúde institucionaliza essa política como resposta às desigualdades sociais a que a população negra, em geral, está submetida. A política é apresentada como:

[...] uma resposta do Ministério às desigualdades em saúde que acometem esta população e reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País¹⁵.

São necessárias políticas públicas que garantam o acesso aos serviços de saúde como parte essencial na redução das desigualdades sociais. É crucial compreender que os fatores econômicos, sociais e culturais podem afetar profundamente a saúde da população negra, que muitas vezes vive em condições precárias. Essas políticas devem ser direcionadas para enfrentar essas disparidades e promover o bem-estar dessa comunidade. Neste sentido, a PNSIPN:

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, constantes da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; b) a integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo¹⁵.

A população negra é a população usuária que mais necessita dos cuidados em saúde no atendimento nas UBS, sendo a porta de entrada ao processo de atendimento à saúde da população negra, portanto, temos que lutar contra as ameaças ao SUS.

A PNSIPN é uma questão de equidade em saúde da população negra e deve ser incorporada ao princípio de universalidade na consolidação do SUS. Como uma política resultante de lutas coletivas do Movimento Negro, deve ser compreendida pelos profissionais de saúde e pela sociedade brasileira, pois se trata de um documento de direitos humanos ao cuidado à vida e à saúde da população negra, que deve ser implementada nos postos de saúde pública, na garantia dos direitos humanos:

Seu propósito é garantir maior igualdade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional¹⁵.

Dessa forma, cuidar da saúde da população negra requer um atendimento humanizado com a população negra, voltado à atenção, à escuta, ao esclarecimento e ao atendimento individualizado, respeitando as trocas agregadas aos saberes tradicionais e os saberes científicos.

Para que ocorra a implementação da PNSIPN, um ponto estratégico que deve ser considerado é a formação continuada dos profissionais de saúde para compreender as especificidades em saúde e a necessidade do combate ao racismo institucional no SUS, buscando melhorias de saúde para a população negra.

Para a prevenção de doenças da população negra, que foi historicamente submetida à condição de vulnerabilidade social, assim, visando a promoção da equidade em saúde. A orientação da PNSIPN em relação ao combate ao racismo no sistema de saúde é que: A dimensão político-programática de combate ao racismo institucional é caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre as experiências diferentes e/ou desiguais em

nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade¹⁵.

Dessa forma, é crucial afirmar a importância da PNSIPN em todas as esferas do governo, alinhada com as diretrizes e princípios do SUS. Devemos reconhecer como o racismo institucional na sociedade brasileira amplifica as desigualdades raciais entre os diferentes grupos étnicos, resultando em desvantagens no acesso à saúde. Isso é particularmente evidente quando observamos as especificidades das doenças que afetam a população negra, conforme destacado no documento:

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses¹⁴. Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica como exigência da promoção da equidade em saúde no País¹⁵.

Como direito humano à saúde, a população negra precisa de condições favoráveis no atendimento público à saúde no Brasil para haver um tratamento equânime da saúde. O estudo da PNSIPN é essencial para os profissionais

que trabalham com a saúde da população negra. A partir das análises com informações epidemiológicas, fornecidas pelos dados na observância do quesito raça/cor, os profissionais em saúde terão mais possibilidades de acompanhar, implementar, monitorar e avaliar as doenças específicas da população negra no SUS, sendo importante para definir as prioridades em saúde em busca de um melhor atendimento. Como está descrito no IX objetivo do documento: “monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais”¹⁵.

Diante do exposto, torna-se evidente a importância da apropriação de conhecimentos por parte das(os) profissionais do serviço social, referentes aos conceitos e legislações voltadas ao entendimento das formas de racismo e à existência de políticas de ação afirmativa antirracistas, resultado da luta dos movimentos sociais, em especial dos movimentos negros. Essa aquisição de conhecimento é significativa para a atuação profissional do assistente social, no que diz respeito à promoção da igualdade de direitos. Cabe salientar, que o entendimento do profissional de serviço social, nas demais leis voltadas a questão racial no Brasil também são importantes, como:

- Lei n.º 10.639, de 9 de janeiro de 2003– Estabelece as diretrizes e bases para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática História e Cultura Afro-Brasileira;
- Lei n.º 7.716, de 05 de janeiro de 1989 (Lei Caó) – Define os crimes resultantes de preconceito de raça e cor;
- Lei n.º 9.459, de 13 de maio de 1997 – Altera os arts. 1º e 20 da Lei 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, e acrescenta parágrafo no art. 140 do decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940;
- Lei n.º 12.288, de 20 de julho de 2010 – Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003.

O conhecimento dessa legislação antirracista é de importância crucial nas práticas de um profissional que trabalha com as expressões da questão social e das políticas sociais voltadas para os usuários, na efetivação dos direitos da política de assistência social garantidos na Constituição Federal de 1988³.

Considerações finais

O que significa a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no Sistema Único de Saúde (SUS)?

A PNSIPN, conforme apreendemos, é uma política que se alinha aos direitos humanos, à saúde e ao combate ao racismo, reconhecendo a importância da questão racial. O racismo, tanto estrutural quanto institucional, tem impactos prejudiciais na saúde da população negra, exigindo uma atenção especial às especificidades de saúde prevalentes nesse grupo no Brasil. A efetivação dessa política como uma ação afirmativa na saúde é crucial na luta contra o racismo, representando uma conquista dos movimentos negros brasileiros na busca pela equidade em saúde e na valorização da população negra.

A PNSIPN é uma política de ação afirmativa voltada aos direitos humanos, à saúde, à luta contra o racismo institucional e o racismo estrutural, visando o atendimento das especificidades no processo de saúde e doença da população negra.

A luta pela implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra precisa estar presente na contemporaneidade para que não possa dispersar a sua importância, precisa ser monitorada e avaliada pelos gestores de saúde da população negra.

Referências

1. Almeida SL. Racismo Estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro/Polén; 2019.
2. Hamilton CV, Ture K. Black power: the politics of liberation in America/Stokely Carmichael & Charles V. Hamilton (Originally published: New York: Random House, 1967). New York:Vintage eBooks; 1992.
3. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal 1988; 5out.-Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.03.2021/art_6_.asp. Acesso em: 8 maio 2023.

4. Fundo das Nações Unidas para a Infância [Internet]. Declaração Universal dos Direitos Humanos Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Brasil: Organização das Nações Unidas. 1948; 10dez – Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 8 maio 2023.
5. Fundação Oswaldo Cruz. Equidade - SUS de A a Z. In: Pense SUS. Equidade - SUS: O que é? Leia mais no PenseSUS | Fiocruz.
6. Oliveira F. Saúde da População Negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081.pdf> (Acesso em Nov/2020).
7. Moore C. Racismo e sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2007 -http://issuu.com/institutopesquisaestudosafrobrasil/docs/carlos_moore_racismo_e_sociedade_2009/3. Acesso em: 8 maio 2023.
8. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: Programa de Educação Sobre o Negro na Sociedade Brasileira. Cadernos PENESB. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2000.
9. Guimarães ASA. A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos). Tempo soc. 2001; 13:2.
10. Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. Saúde da População Negra. 2 ed. Coleção negras e negros: pesquisas e debates/coordenação Tânia Mara Pedrosa Müller. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.
11. Rabello SHS. A igualdade em construção: políticas de ação afirmativa para inclusão de negros no ensino superior público brasileiro. Revista de Estudos e Pesquisa em Educação. 2008; 10:87-98.
12. Ministério da Saúde. A saúde da População Negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 – Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2859>. Acesso em: 8 maio 2023.
13. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 – Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 8 maio 2023.
14. 14. Workshop Interagencial de Saúde da População Negra. Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2001 – Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudepopnegra.pdf>. Acesso em: 8 maio 2023.
15. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 – Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-aco-es-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-aco-es-de-saude/aco-es-de-saude/politica-nacional-saude-integral-populacao-negra1.pdf>. Acesso em: 8 maio 2023.

MULHERES EVANGÉLICAS E ABORTAMENTO: O ACOLHIMENTO COMO FORMA DE CUIDADO

Mônica de Castro Dantas Louza*

Introdução

Mulheres evangélicas abortam. Talvez o(a) leitor(a) não saiba disso ou nunca tenha pensado sobre este assunto, mas foi essa afirmativa e a necessidade de acolhimento que algumas dessas mulheres demandam que fez com que este trabalho fosse desenvolvido. A participação desta autora na Frente Evangélica pela Legalização do Aborto (FEPLA) e a existência do Projeto XX (nome fictício para preservar a privacidade e sigilo das participantes, pois o abortamento é criminalizado no país) a fez por meio da curiosidade acadêmica buscar compreender melhor sobre o acolhimento às mulheres evangélicas que abortaram ou pensam em realizar a prática.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (HumanizaSUS), criada em 2003, entende o acolhimento como uma tecnologia das relações que auxilia na construção do vínculo e no conhecimento das necessidades da saúde da população, sendo assim, uma postura ética, estética e política, escutando as necessidades da população, a resolutividade e a responsabilização¹. Acolher é uma postura fundamental para serviços de saúde públicos ou particulares, mas também para eventos cotidianos ou não, como escutar mulheres em situação de sofrimento devido a um abortamento.

O aborto é uma grave e complexa questão de saúde pública^{2,3,4} e, apesar de ser criminalizado no país, é um evento comum e muito frequente na vida das mulheres brasileiras. A Pesquisa Nacional do Aborto (PNA)⁵ 2016

* Especialista em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. monicacastorj@gmail.com

mostra que aos 40 anos uma em cada cinco mulheres já fez aborto. Essas mulheres pertencem a todas as classes sociais, níveis educacionais, grupos raciais e religiosos do país, sendo válido ressaltar a maior incidência entre mulheres pretas, pardas e indígenas, de baixa escolaridade e das regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Embora o aborto seja um tema tabu na sociedade e, conseqüentemente, nas igrejas evangélicas, mulheres evangélicas também realizam essa prática.

O avanço do conservadorismo religioso e do neoliberalismo no país tem dificultado o acesso aos direitos, principalmente aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres⁶. Desde 2003 a pauta do aborto tem sofrido no país e apesar, de por mais de 13 anos o governo ter pertencido a uma visão mais progressista (governos Lula e Dilma até o seu impeachment em 2016), os direitos das mulheres constantemente são atacados⁷.

Como cuidar e acolher as mulheres brasileiras, em especial as evangélicas, em seus direitos sexuais e reprodutivos? Como evidenciar que mulheres evangélicas abortam e precisam de cuidado? Existem alguns grupos de feministas cristãs que vão na contramão do conservadorismo religioso e acolhem mulheres, como a Frente Evangélica pela Legalização do Aborto (FEPLA).

A FEPLA foi criada em meados de 2017 na cidade do Rio de Janeiro no auge das discussões em torno do processo da Arguição de Preceito Fundamental (ADPF) 442 que solicitava a descriminalização do aborto ao Supremo Tribunal Federal (STF) nas 12 primeiras semanas de gestação. Alguns líderes evangélicos fundamentalistas defendiam que o Brasil é um país religioso, logo seria inconstitucional a descriminalização do aborto⁸. Apesar da FEPLA ter nascido com o intuito de fazer demarcação política no tema da justiça reprodutiva, em especial o aborto, mulheres evangélicas buscavam no grupo um lugar de apoio e acolhimento, pois não achavam o suporte que necessitavam em suas comunidades de fé.

No ano de 2020, em razão do recrudescimento da violência contra a mulher por conta da pandemia⁹, a FEPLA convidou vários movimentos feministas religiosos para pensar um projeto de acolhimento às mulheres

religiosas que estivessem passando por maior vulnerabilidade em virtude do isolamento social. A partir desse encontro, foi criado o Projeto Nacional XX com o objetivo de oferecer escuta ativa e acolhimento por e-mail às vítimas de violência de gênero e aquelas que têm enfrentado outras formas de agressão e sofrimento relacionadas ao gênero, como as mulheres que são ou foram marginalizadas em função de sua raça, orientação sexual, identidade de gênero; mulheres em situação de abortamento; mulheres que passam por algum tipo de sofrimento psíquico e são taxadas como menos espiritualizadas por isso e mulheres que optam por viver sua sexualidade de forma livre dos dogmas religiosos, entre outras.

Este capítulo baseia-se no trabalho de conclusão de curso (TCC) em formato de projeto de pesquisa qualitativa para ser desenvolvido no mestrado desta autora. O TCC foi defendido e aprovado em maio de 2021 para obtenção do título de sanitarista do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Este trabalho foi inspirado no acolhimento desenvolvido pelo Projeto XX e se debruçou sobre o acolhimento às mulheres evangélicas que decidiram realizar o abortamento. Para tanto, o TCC se propôs a compreender e identificar por meio da revisão bibliográfica quais as percepções do acolhimento às mulheres evangélicas relacionado ao aborto. Além disso, esta pesquisa que visou estruturar as questões centrais e percursos metodológicos para que a autora, em seu mestrado, que segue em andamento, continue a dedicação ao tema do acolhimento às mulheres evangélicas que abortaram de forma legal ou ilegal e insegura, amplie a pesquisa bibliográfica e entreviste as mulheres acolhedoras do Projeto XX.

Desse modo, é possível perceber que o aborto é um tema que envolve tanto questões religiosas quanto de saúde pública em geral. Longe de ter a pretensão de esgotar o tema, esse trabalho visa contribuir para a compreensão do papel da religião nas discussões sobre o aborto na saúde pública, com enfoque nas mulheres evangélicas que realizaram o procedimento.

Objetivos

Objetivo geral

Compreender o papel do acolhimento de mulheres evangélicas frente ao abortamento e as tensões envolvidas em uma comunidade religiosa.

Objetivos específicos

- Conhecer o Projeto XX e suas práticas de acolhimento;
- Conhecer o perfil das acolhedoras do Projeto XX;
- Entender os ressignificados que as acolhedoras produzem no acolhimento de mulheres em abortamento frente aos preceitos religiosos.

Metodologia

Pesquisar empiricamente sobre o tema do aborto não é simples, pois no Brasil são escassos os estudos empíricos sobre o tema. O tema está imerso no contexto da imoralidade e, principalmente, da ilegalidade, dificultando assim a aproximação dos pesquisadores com as pessoas que já realizaram a prática abortiva¹⁰. Este trabalho, em especial, se aproxima do seu objeto por dois modos: revisão exploratória e entrevistas (parte a ser realizada no mestrado).

A revisão exploratória sobre o tema na literatura foi feita por meio das bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Oasis, e da análise de documentos institucionais, como os do Ministério da Saúde, e os livros sobre este assunto. As bases de dados apontadas acima foram escolhidas pela relevância na área da saúde e por terem um bom aporte de artigos sobre os temas estudados no trabalho: “aborto”, “evangélicos” e “acolhimento”. O recorte temporal pensado para este trabalho foi dos últimos 20 anos.

Para o levantamento dos artigos nas bases de dados as palavras-chave usadas serão: “mulher”, “feminino”, “religião”, “religiosidade”, “protestante”, “evangélico”, “pentecostais”, “aborto”, “abortamento” e “acolhimento”. As

palavras-chave que possuem variações também serão incluídas por meio do operador booleano de truncagem que busca as palavras-chave por meio do radical das palavras, como: evangélic* – inclui evangélica, evangélico, evangélicos. Além disso, os descritores em português utilizados serão: “aborto”, “evangélicos”, “acolhimento”.

As entrevistas serão feitas, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP, com acolhedoras evangélicas que acolhem mulheres evangélicas que realizaram o abortamento para, dessa forma, se aproximar da temática por meio da experiência. As entrevistas serão conduzidas com cerca de dez acolhedoras do Projeto XX que tenham realizado ao menos um acolhimento voltado ao tema do aborto, ou outras mulheres evangélicas com experiência nesse tipo de apoio, selecionadas com base na sua relevância dentro da comunidade evangélica, caso o projeto não disponha de um número adequado de acolhedoras para entrevista.

No mestrado, o avanço se dará na continuação da pesquisa contemplando as temáticas do acolhimento e da teologia feminista relacionados ao aborto e na realização do trabalho de campo. As entrevistas contemplarão três grandes questões: aspectos do perfil das entrevistadas (idade, raça, ocupação, onde mora, denominação religiosa, como é a função de acolhedora, etc.); sobre o Projeto XX (surgimento, objetivos, perfil das mulheres atendidas, encaminhamentos dados, etc.) e; por fim, a intersecção entre religião, aborto, acolhimento e saúde (se existe essa intersecção, o que pensa sobre abortamento, como acontece o acolhimento, etc.).

Por ser um trabalho de campo com humanos, passará pelo CEP da ENSP com o objetivo de autorizar a realização das entrevistas com as acolhedoras. Estas serão convidadas a participar das entrevistas e ao aceitarem o convite assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas serão comunicadas que: podem interromper a sua participação a qualquer momento do processo; terão garantida a confidencialidade das informações, a privacidade das participantes e proteção de suas identidades; contribuirão para o desenvolvimento de pesquisa sobre a temática do aborto, acolhimento e

mulheres evangélicas; não receberão nenhuma remuneração pela participação na pesquisa; o risco possível pode ser algum constrangimento ou desconforto com as perguntas feitas. Caso isso ocorra, a entrevista poderá ser pausada ou encerrada, sendo retomada ou não em outro momento, a critério da entrevistada.

Devido ao transcorrer da pandemia e à incerteza sobre qual momento epidemiológico estará ocorrendo no momento das entrevistas, a priori, todas as entrevistas serão feitas por videochamada por meio da plataforma Google Meet ou outra similar que as entrevistadas consigam utilizar. Caso esteja em um momento epidemiológico mais favorável e as entrevistadoras morem no Rio de Janeiro, há a possibilidade da entrevista ser feita pessoalmente. Se houver entrevistadas de outros estados, as entrevistas necessariamente ocorrerão remotamente. Além disso, todas as entrevistas serão gravadas, com o consentimento das entrevistadas, para auxiliar no processo de análise das respostas.

É fundamental ressaltar que as Resoluções n.º 510/2016 e n.º 466/2012, que abordam as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, assim como as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, serão estritamente seguidas. Ao final do estudo, será feita a devolutiva para as participantes por videochamada ou por modo similar que elas consigam acessar.

Resultados esperados

Como resultado desta pesquisa inicial, foi construído um importante referencial teórico. Contudo, é possível perceber que o resultado da revisão bibliográfica exploratória, apesar de auxiliar no aprofundamento do tema, não responde aos objetivos desenhados para a pesquisa, apontando a necessidade de ir a campo entrevistar acolhedoras evangélicas, o que será feito no mestrado da autora.

A autora deste trabalho percebeu que seria necessário “dar um passo atrás” e compreender inicialmente as conceituações básicas sobre abortamento (aborto, feto, embrião, aborto seguro ou inseguro, descriminalizar, legalizar, etc.), direitos sexuais e reprodutivos, justiça reprodutiva, e o cenário evangélico brasileiro em relação à temática do aborto. A partir desse conhecimento, seria

possível compreender melhor o papel do acolhimento de mulheres evangélicas frente ao abortamento e as tensões envolvidas em uma comunidade religiosa, por meio das entrevistas. O TCC pode ser dividido em quatro grandes resultados: a elaboração da linha do tempo dos marcos de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil e no mundo (1940-2022); compreensão da temática do abortamento no cenário político brasileiro, em especial pelos evangélicos a partir dos anos 2000; entendimento das consequências do neoliberalismo e neoconservadorismo na vida de meninas, mulheres e pessoas que gestam; e a teologia feminista como uma possível lente para enxergar a fé, os direitos humanos, particularmente o abortamento.

A construção da linha do tempo historicizou os direitos das mulheres, especialmente os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o abortamento, tanto no mundo quanto no Brasil. O recorte iniciou-se a partir de 1945 com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), a qual desempenha um papel essencial na proteção e promoção da igualdade de gênero por meio de suas diversas conferências¹³. Estendeu-se até fevereiro de 2022, momento em que concluí o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), destacando-se a descriminalização do aborto na Colômbia e, no Brasil, o lançamento, durante o governo de Bolsonaro, do Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco de Gravidez na Adolescência, documento que enfatiza a abstinência sexual como forma primordial de contracepção. A linha do tempo completa está disponível no TCC desta autora, que em breve será disponibilizado no site Arca, o repositório institucional da Fiocruz.

Na linha do tempo foram colocados, por exemplo, os eventos que outorgaram os direitos civis das mulheres, o direito ao voto, serem elegíveis e de ocuparem cargos públicos, os direitos trabalhistas das mulheres e afins. Antes de exigir a interrupção voluntária da gravidez, foi preciso lutar por muitos outros direitos como ter dignidade; ser respeitada socialmente; ter acesso aos direitos básicos, como água potável, alimentação, trabalho, educação, saúde e habitação; poder fazer escolhas sobre a sua própria vida; escolher ter ou não ter filhos, ou não ser esterilizada forçadamente, ter salários similares

aos dos homens para os mesmos cargos, entre outros. Hoje, apesar desses direitos estarem no papel, na realidade, muitas mulheres ainda precisam lutar diariamente por eles, em suas casas, seus trabalhos e outros.

Outro resultado importante deste trabalho é o entendimento de como a temática do aborto é tratada desde os anos 2000 no cenário político brasileiro, em particular pelos evangélicos. Esta pauta é uma arena de disputas na política institucional, seja nas campanhas eleitorais, nos pronunciamentos do Congresso Nacional, nos projetos de lei (PLs) e nas audiências públicas.

Segundo Miguel, Biroli e Mariano¹⁴, a partir dos anos 2000, a reação, em especial, dos setores religiosos, na maioria católicos e evangélicos, mas espíritas também, tornou o debate mais unilateral nos espaços legislativos e nos debates eleitorais do que em outros locais da sociedade. Para esses autores, há três causas para essa reação: percepção desses grupos da presença no poder executivo de posições mais progressistas devido a maior participação da agenda feminista, o que mudou após o golpe de 2016 retirando a presidenta Dilma Rousseff da presidência; a priorização dessa temática pelo grupo por meio da influência das relações entre líderes e fiéis; e, recuo dos grupos progressistas em relação a incitar a defesa do aborto como direito de cidadania das pessoas gestantes.

Os mandatos anteriores do presidente Lula (2003-2006; 2007-2010) e da ex-presidenta Dilma (2011-2014; 2015-2016) até o seu impeachment, ambos do Partido dos Trabalhadores (PT), foram governos considerados progressistas em suas pautas, contudo, isto não significou tantos avanços em relação aos direitos das mulheres, incluindo o abortamento. Há tempos, a religião possui grande influência na política^{15,16}, e não seria diferente quando se tratasse dos direitos das mulheres.

Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, um dos setores mais centrais dessa discussão, entre os religiosos, e que se posiciona publicamente, é a Igreja Católica^{17,18}. Contudo, apesar da relevância da Igreja Católica no cenário religioso, no começo dos anos 2000, a visibilidade social de evangélicos cresceu, em especial na política com a bancada evangélica. A respeito dos evangélicos, foi criada a Frente Parlamentar Evangélica, em 2003,

que delineou uma postura mais moralista no Congresso Nacional. Todavia, é fundamental salientar que os setores religiosos não são hegemônicos nem na própria denominação, como, por exemplo, a Igreja Metodista, que possui certa abertura relacionada aos três casos legais de abortamento no país e a Igreja Presbiteriana que legitima o abortamento visando salvar a vida da pessoa gestante¹⁹. Também há a organização não governamental (ONG) Católica pelo Direito de Decidir (CDD) e o líder da Igreja Universal do Reino de Deus (IURD) Edir Macedo tendo vozes dissonantes e pró-escolha das pessoas gestantes²⁰. A IURD é um dos pontos vanguardistas quando o assunto é o abortamento^{21,22,23,24} e contraceção²⁵, pois o seu líder até 2010 defendia claramente a descriminalização do aborto no país.

Ao comparar os dois mandatos de Lula, Luna²⁶ aponta que houve um aumento dos PLs antiaborto (14 para 20) e queda dos pró-escolha (5 para 2) tendo um acréscimo também no número de parlamentares na posição antiaborto, especialmente entre os religiosos. No primeiro mandato, todos os PLs antiaborto foram feitos por religiosos, tendo a participação de pelo menos um evangélico, como o que visava que o aborto virasse crime hediondo e outro que defendia a proibição da pílula do dia seguinte. Em relação aos PLs pró-escolha, só um teve um evangélico como autor. Já no segundo mandato, os evangélicos não estavam em todos os PLs antiaborto, mas nos PLs que propuseram medidas de controle social para influenciar as mulheres, em especial, nos casos de aborto legal, e, nos relacionados ao direito do nascituro, eles estavam na autoria. Os PLs pró-escolha foram propostos por autores sem filiação religiosa, enquanto os PLs e discursos com posição indefinida em relação ao abortamento tiveram um aumento significativo.

As campanhas eleitorais de 2010 e 2014, apesar de culminarem na vitória de Dilma Rousseff do PT, tiveram muitas movimentações contrárias à descriminalização do aborto e com os slogans “defesa da vida” e “defesa da família”²⁷. Contudo, duas grandes vitórias do movimento feminista e dos direitos das mulheres em seu governo foi a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, que autorizou o abortamento legal nos casos

de fetos anencéfalos e a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 3510, que permitiu a utilização de células-tronco a partir de embriões excedentes da reprodução assistida pelo STF²⁸.

Ao estudar o tema do abortamento e a sua intersecção com a política, percebe-se que mesmo o que hoje está garantido legalmente, de tempos em tempos, é colocado à prova por meio das diversas tentativas de conservadores, em sua maioria, religiosos, de derrubá-las. Apesar disso, o movimento feminista continua sua luta não apenas para garantir o que já foi conquistado, mas também para avançar em novas conquistas, como a ADPF 442, que busca a descriminalização do aborto até as 12 primeiras semanas de gestação.

O terceiro resultado da pesquisa aponta para o neoconservadorismo e o neoliberalismo que assolam o país e o mundo. Estes se aliam para refundar uma política antidemocrática oposta ao pluralismo e à justiça social, como os ataques à Constituição Federal de 1988. Para a Constituição, os efeitos dessa aliança levam ao duplo processo: erosão do público e afirmação da ordem antipluralista. A erosão do público se dá pela privatização do que é comum e pelo declínio da coletivização da vida, dos laços que vão para além dos familiares. A moral é politizada e aqueles vistos como indesejáveis são considerados uma ameaça aos valores morais que, atualmente, são os valores cristãos devido à recristianização do público²⁹.

O familismo e o individualismo são lógicas que se impõem diante da falta de suporte do Estado e da coletividade na sociedade. O plano institucional é intensamente afetado pela deterioração do público e pela imposição da perspectiva antipluralista, por meio das reduções de investimentos nas políticas públicas em áreas fundamentais através da transferência dos recursos em planos neoconservadores e neoliberais, reajustamento das políticas públicas com enfoque na família e a reorientação e retrocesso dos direitos individuais e sociais³⁰.

A ascensão do neoconservadorismo e do neoliberalismo e a crise da democracia brasileira andam juntos. O familismo, a moralidade cristã e o individualismo ganham a posição de diretrizes oficiais, impactando diretamente nos direitos sociais, na vida das chamadas minorias, incluindo

as mulheres e os seus direitos³¹. A agenda neoliberal e neoconservadora se inicia de forma mais evidente com o impeachment de Dilma Rousseff e, principalmente, com a eleição de Jair Bolsonaro, que em seu governo, por exemplo, cria o Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência que indica a abstinência sexual como principal método contraceptivo³².

Os direitos sexuais e reprodutivos das meninas, mulheres e pessoas que gestam são diretamente afetados. Há o imperativo de valores ditos pró-vida e pró-família, mas que vida é essa? Qual família é essa? O antipluralismo impõe um único modo de vida – o da família branca, heterossexual, cisgênera, cristã, composta por papai, mamãe, um casal de filhos e um cachorro. Existe um modelo a ser seguido, quem não se enquadrou deve buscar esse padrão e quem já se enquadrou deve cuidar para não sair. A defesa da vida apenas pensa no feto ou pensa em quem gesta? É a favor de todos os fetos ou só aqueles gestados por pessoas brancas?³³

Assim, o neoliberalismo e a politização religiosa conservadora afetam a população brasileira e da América Latina na forma de precariedade, ausência das proteções sociais, desigualdade, principalmente na relação com a raça, a etnia e o gênero³⁴. A moralização estatal limita a justiça reprodutiva, a justiça social e as vidas das mulheres. Pensando nos evangélicos que, segundo o Datafolha³⁵, compõe 30% da população brasileira, sendo, em sua maioria, mulheres pardas com ensino fundamental e que ganham até dois salários mínimos, é essa mulher que é atravessada pelo quadro de precarização e de ausência de políticas públicas voltadas para ela.

Para finalizar, o quarto resultado diz respeito à teologia feminista. Algumas pessoas, em especial mulheres, apontam como importante a presença da religião em suas vidas. Nancy Cardoso (2021)³⁶, importante teóloga feminista brasileira, indica o paradoxo de mão dupla, afirmando que apesar de ser fundamental a crítica do movimento feminista ao cristianismo, os feminismos que se constituem a partir das classes populares precisarão lidar com as diferenças do campo religioso e a participação insistente da religião na vida das mulheres.

Cardoso e Tostes³⁷ reforçam o papel da teologia feminista de denunciar e interpretar os usos fundamentalistas da bíblia com caráter antidemocrático, sexista, misógino, patriarcal, racista e homo-transfóbico. Esta teologia, segundo Nancy³⁸, necessita do feminismo para superar os modelos de evangelização, libertação e de igreja que afetam a vida das pessoas, em sua maioria pobres, especialmente as mulheres.

A teologia tradicional patriarcal, como aponta Odja Barros³⁹, outra importante teóloga feminista brasileira, se alia à exclusão e ao silenciamento das mulheres nos espaços eclesiais. Isto pode deixar marcas difíceis de serem apagadas na vida dessas pessoas. Contudo, apesar das diversas forças no campo social, político e econômico contrárias aos direitos das mulheres e, em especial, à justiça reprodutiva, há outras tantas forças, inclusive religiosas, que lutam diariamente por estas pautas e vidas! Há diversos grupos evangélicos dissidentes progressistas com posturas calcadas em diferentes teologias como a feminista, a queer e a negra⁴⁰. Essas teologias acreditam na justiça social e reprodutiva, além de lutarem contra o classismo, a LGBTfobia, o racismo e afins.

Assim, aponta-se que são de fundamental importância os espaços de acolhimento oferecidos às mulheres evangélicas que abortaram ou estão inclinadas a esta prática, como o Projeto XX, já que em suas igrejas não encontram este suporte! Isto reforça a importância da compreensão do papel do acolhimento de mulheres evangélicas frente ao abortamento e as tensões envolvidas em uma comunidade religiosa.

Considerações finais

A partir deste capítulo, é possível perceber a importância da aproximação do objeto do mestrado por meio do TCC que embasa este texto. Estudar direitos sexuais e reprodutivos na confluência com o campo evangélico exige disponibilidade, dedicação e análise atenta aos processos que envolvem estas temáticas. Apesar da notoriedade e até certa urgência da autora para compreender sobre o acolhimento de mulheres evangélicas em situação de abortamento, foi necessário se debruçar sobre temas anteriores,

mais básicos, que pudessem ser aprofundados no mestrado, porém que na aproximação do tema já trouxessem certa densidade ao estudo, possibilitando reflexão sobre assuntos tão caros à sociedade, em particular, aos direitos de meninas, mulheres e pessoas que gestam.

Devido a isso, foi fundamental perceber a (re)existência da disponibilidade de grupos e teologias que investem no acolhimento, na inclusão e no cuidado de pessoas, especialmente aquelas consideradas “fora da norma”, como as mulheres que abortaram.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 – Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em: 8 maio 2023.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(2): 653-660.
6. Biroli F. Direitos Reprodutivos, Religião e o Processo de Desdemocratização da Sociedade Brasileira[youtube]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2021; 16 jun – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Yd5nG7W6VCE&t=5039s>. Acesso em: 8 maio 2023.
7. Louza MCD. Aborto, evangélicos e a dificuldade de iniciar essa conversa. *Bíblia, Mulheres e Justiça Reprodutiva*. Brasília: Novos Diálogos; 2021.
8. Mantovani C. O movimento não calculado - de onde brota a compaixão. *Bíblia, Mulheres e Justiça Reprodutiva*. Brasília: Novos Diálogos; 2021.
9. Pimentel A, Martins J. O Impacto da Pandemia na Violência de Gênero no Brasil. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. 2020; 14:38-43.
10. Diniz D. Aborto e saúde pública no Brasil: editorial. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(9):1992-1993.
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril

- de 2016. Brasil: Ministério da Saúde. 2016; 07abr – Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMASRESOLUCOES/Resolucao_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf. Acesso em: 8 maio 2023.
12. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde. 2012; 12dez - Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 8 maio 2023.
 13. Guarnieri TH. Os Direitos das Mulheres no contexto internacional - Da criação da ONU (1945) à Conferência de Beijing (1995). Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery. 2010; 8 – Disponível em: <http://re.granbery.edu.br/artigos/MzUx.pdf> . Acesso em: 8 maio 2023.
 14. Miguel LF, Biroli F, Mariano R. O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados. Opinião Pública: Campinas. 2017; 23 (1): 230-260.
 15. Luna N. O direito à vida no contexto do aborto e da pesquisa com células-tronco embrionárias: disputas de agentes e valores religiosos em um estado laico. Religião & Sociedade. 2013; 33(1):71-97.
 16. Machado MDC. Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010. Revista Brasileira de Ciência Política. 2012; 7:25-54.
 17. Luna N. Aborto no Congresso Nacional: o enfrentamento de atores religiosos e feministas em um Estado laico. Revista Brasileira de Ciência Política. 2014; 14: 83-109.
 18. Machado MDC. Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010. Revista Brasileira de Ciência Política. 2012; 7: 25-54.
 19. Gomes EC, Menezes RA. Diferentes perspectivas sobre aborto y gestión de la muerte en Brasil: posiciones religiosas y del discurso médico. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2015; 20:28-48.
 20. Luna N. A controvérsia do aborto e a imprensa na campanha eleitoral de 2010. Caderno CRH. 2014b: 27 (71):367-391.
 21. Macedo E [Internet]. Jesus fala sobre o aborto. São Paulo: Universal do Reino de Deus; 2010 – Disponível em: <https://www.universal.org/bispo-macedo/post/jesus-fala-sobre-o-aborto>. Acesso em: 8 maio 2023.
 22. Macedo E [Internet]. Aborto. São Paulo: Universal do Reino de Deus; 2009 – Disponível em: <https://www.universal.org/bispo-macedo/post/aborto>. Acesso em: 8 maio 2023.
 23. Macedo E [Internet]. Coloque-se no Lugar Dela. São Paulo: Universal do Reino de Deus; 2009b – Disponível em: <https://www.universal.org/bispo-macedo/post/coloque-se-no-lugar-dela>. Acesso em: 8 maio 2023.
 24. Batista A [Internet]. No Brasil, religião dificulta acesso a métodos contraceptivos - Essa dificuldade pode gerar prejuízos até para quem ainda não nasceu. São Paulo: Universal do Reino de Deus; 2017 – Disponível em: <https://www.universal.org/noticias/post/no-brasil-religiao-dificulta-acesso-a-metodos-contraceptivo>. Acesso em: 8 maio 2023.
 25. Macedo E [Internet]. Bendita Camisinha. São Paulo: Universal do Reino de Deus; 2009c –

Disponível em: <https://www.universal.org/bispo-macedo/post/bendita-camisinha>. Acesso em: 8 maio 2023.

26. Luna N. Aborto no Congresso Nacional: o enfrentamento de atores religiosos e feministas em um Estado laico. *Revista Brasileira de Ciência Política*. 2014; (14): 83-109.
27. Luna N. A controvérsia do aborto e a imprensa na campanha eleitoral de 2010. *Caderno CRH*. 2014b; 27 (71):367-391.
28. Luna N. O julgamento no Supremo do aborto de anencéfalo – ADPF 54: uma etnografia da religião no espaço público. *Horizontes Antropológicos*. 2018; 24(52):165-197.
29. Biroli F. Direitos Reprodutivos, Religião e o Processo de Desdemocratização da Sociedade Brasileira [Live no youtube]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2021; 16jun – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Yd5nG7W6VCE&t=5039s>. Acesso em: 8 maio 2023.
30. Biroli F. Direitos Reprodutivos, Religião e o Processo de Desdemocratização da Sociedade Brasileira [Live no youtube]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2021; 16jun – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Yd5nG7W6VCE&t=5039s>. Acesso em: 8 maio 2023.
31. Biroli F. Direitos Reprodutivos, Religião e o Processo de Desdemocratização da Sociedade Brasileira [Live no youtube]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2021; 16jun – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Yd5nG7W6VCE&t=5039s>. Acesso em: 8 maio 2023.
32. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
33. Curi PL, Oliveira LS. Criminalização do aborto: Efeito do patriarcalismo. In: Boiteux L, Magno PC, Gênero LB, organizadores. *Feminismos e sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 2018.
34. Corrêa S, Parker R. Prefácio. In: Corrêa S, editora. *Políticas antigênero na América Latina: resumos dos estudos de casos nacionais*. 1 ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids; 2021- Disponível em: <https://sxpolitics.org/GPAL/uploads/resumos-pt/E-book-Resumos-PT-02082021.pdf>. Acesso em: 8 maio 2023.
35. G1 [Internet]. 50% dos brasileiros são católicos, 31%, evangélicos e 10% não têm religião, diz Datafolha. Rio de Janeiro: O Globo; 2020 – Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/13/50percent-dos-brasileiros-sao-catolicos-31percent-evangelicos-e-10percent-nao-tem-religiao-diz-datafolha.ghtml>. Acesso em: 8 maio 2023.
36. CARDOSO, N. Aborto e evangelho: a teologia desnecessária e a teologia possível. *Bíblia, Mulheres e Justiça Reprodutiva*. Brasília: Novos Diálogos, 2021.p. 125-155.
37. CARDOSO, N.; TOSTES, A. “Ideologia de Gênero” ou do Medo das Pequenas Diferenças & algum homoerotismo. S.d. Disponível em: <https://www.academia.edu/40456734/Vers%C3%A3o_Ideologia_de_G%C3%AAnero_CARDOSO_TOSTES>. Acessado em: 30 mar. 2022.
38. Cardoso N. Aborto e evangelho: a teologia desnecessária e a teologia possível. *Bíblia, Mulheres e Justiça Reprodutiva*. Brasília: Novos Diálogos; 2021.

39. Barros O. Flores que rompem raízes: leitura popular e feminista da Bíblia. São Paulo: Recriar; 2020.
40. Machado MDC. Direitos Reprodutivos, Religião e o Processo de Desdemocratização da Sociedade Brasileira [Live do youtube]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2021;16jun – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Yd5nG7W6VCE&t=5039s>. Acesso em: 8 maio 2023.

PLANO DE RETOMADA DAS ATIVIDADES DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS DE IPORÁ (GO)

Públio Ribeiro Bianchini*
Maria Rita de Cássia Macêdo**

Introdução

O tema escolhido para a elaboração do projeto de intervenção foi a gestão do cuidado em saúde, com foco na adesão à terapia antirretroviral e ao cuidado das pessoas que vivem com o HIV, em tratamento pelo Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids e hepatites virais (SAE) no município de Iporá, no estado de Goiás.

A proposta surge na conjuntura sanitária da Pandemia de covid-19 que tem resultado em medidas extraordinárias de afastamento social e mudança do fluxo de atendimento aos usuários dos serviços públicos de saúde.

A abordagem da adesão ao tratamento no processo de cuidado em saúde da pessoa que vive com HIV (PVHIV) é fundamental, pois contribui no estabelecimento de um vínculo terapêutico entre paciente e profissional – expandindo os efeitos das ações e medicações, trazendo qualidade de vida dos pacientes, fornecendo informações importantes para aos mesmos auxiliá-la na execução do esquema terapêutico mais adequado a sua realidade pessoal e melhorando as possibilidades de diálogo sobre mudanças, falhas em administrar

* Especialista em Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. publio-ribeiro@hotmail.com

** Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. gestaosaudedefiocruz2020@gmail.com

o remédio diariamente, os efeitos adversos, alcançando a supressão viral, adiamento da imunodeficiência, e ausência da transmissibilidade do vírus. Logo, consolidando um dos alicerces para o controle da epidemia de aids^{1,2}.

Essa e outras questões problematizadas pela equipe multiprofissional de saúde, embasam esse projeto de intervenção na perspectiva de problematizar e atuar sobre os impactos e fragilidades da vivência da adesão da PVHIV, tendo em vista o contexto da Pandemia de covid-19.

O projeto foi desenvolvido no curso de especialização em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e tem como objetivo aumentar a adesão e vinculação dos pacientes ao cuidado fornecido pelo SAE de Iporá (GO). A intenção é tornar o cuidado mais compreensível e acessível para as pessoas que vivem com HIV e são acompanhadas pelo serviço¹.

Como objetivos específicos, propõe-se a realização da busca ativa dos pacientes que não estão retirando os medicamentos antirretrovirais na farmácia adequadamente, utilizando o roteiro de abordagem da adesão ao tratamento criado. Além disso, visa estimular a atualização profissional e a participação social sobre a temática para a melhoria do serviço prestado, para tornar o processo de cuidado ao paciente acessível, contínuo e efetivo ao longo de todo o seu tratamento.

Problema

A diminuição da adesão à terapia antirretroviral e da vinculação ao cuidado no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids e hepatites virais (SAE) de Iporá (GO).

Objetivo

Aumentar a adesão e vinculação dos pacientes ao cuidado fornecido pelo Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids e hepatites virais de Iporá (GO).

Objetivos específicos

- Realizar busca ativa dos pacientes que não estão retirando os medicamentos antirretrovirais na farmácia adequadamente, utilizando o roteiro de abordagem da adesão ao tratamento construído para a compreensão das particularidades de cada pessoa;
- Estimular a atualização profissional e participação social sobre a temática para a melhoria do serviço prestado de formar a tornar o processo de cuidado ao paciente acessível, contínuo e efetivo durante todo o seu processo.

Adesão ao tratamento antirretroviral

A partir do que preconiza o Ministério da Saúde, entendemos que intervir para adesão no contexto do HIV/aids requer ir além da ação normativa de seguir uma prescrição médica para tratamento farmacológico. Trata-se, portanto, de uma visão ampliada, em busca da integralidade e humanização, sobre um processo e práticas biopsicossociais que envolvem as vivências e experiências da pessoa que vive com o HIV. Importa, portanto, a relação estabelecida entre paciente e profissional, no cotidiano terapêutico e de cuidado, necessitando manutenção do diálogo, para decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre paciente, equipe e rede de apoio social, focando na autonomia e nas possibilidades dos pacientes sobre o próprio cuidado de saúde, realçando tais aspectos:

Adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo¹.

A equipe de saúde pode utilizar da compreensão dos fatores que envolvem a adesão a partir do diálogo com o paciente, e assim elaborar junto dele novas estratégias para facilitar o engajamento neste processo de forma menos

sofrida, mais eficaz e com o apoio qualificado. Entre os fatores que implicam negativamente no nível de adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral (TARV), estão: perfil socioeconômico, sexo, idade, renda, nível de escolaridade, não aceitação e desconhecimento da doença, complexidade do esquema terapêutico com aumento da quantidade de medicamentos a serem usados e seus efeitos adversos – vômitos, náuseas, cefaleia, vertigem, mal-estar geral, sintomas psicológicos e/ou transtornos psicológicos, e, também, o apoio social percebido. Vale dizer, que isso pressupõe que cada paciente deve ser avaliado individualmente em seus pontos positivos e negativos sobre este processo^{1,3}.

Um aspecto que demonstra influência marcante na adesão ao tratamento é a comunicação do diagnóstico de HIV, seja nas variáveis da sua forma, conteúdo, expressão facial, voz, conhecimento ou nas crenças do profissional relacionadas, transmitidas ao paciente, em uma situação de testagem ou em uma atividade de informação para prevenção e promoção da saúde em grupos. A decisão de comunicação pelo paciente ainda é difícil pela insegurança e medo de sofrer preconceito, estigma e discriminação, pela reação negativa esperada das pessoas de convívio próximo que serão comunicadas, podendo levar ao adiamento do momento. Esse fato pode também ter efeitos negativos sobre o tratamento: deixar de ir às consultas, instabilidade em permanecer no ambiente de saúde especializado, medo das pessoas próximas descobrirem os medicamentos em casa, não coletar os exames laboratoriais, demorar a buscar e tomar os antirretrovirais (ARV). Assim sendo, compartilhar a informação com pessoas de confiança é um fator que auxilia e protege a efetiva realização do tratamento antirretroviral¹.

Durante o processo de testagem para o HIV, o diagnóstico pode vir acompanhado da explanação do paciente de suas dificuldades em começar o tratamento, portanto é necessário que a ação de aconselhamento pós-teste seja compreendida como uma ponte para ações de adesão ao tratamento, sendo necessário sempre utilizar da atenção, acolhimento, empatia, respeito pelo profissional para que ele se vincule ao paciente e vice-versa, colaborando para a adesão ao tratamento. Além do foco na interação profissional, o paciente

pode desenvolver formas de enfrentamento à doença, com pesquisas das informações sobre a mesma, que facilitam na adesão, mas que depende de cada pessoa, perpassando fatores de nível de acesso à informação, cultura, aspectos cognitivos, afetivos e sociais¹.

A informação é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e desempenha um papel crucial nas estratégias de adesão ao tratamento do HIV. Ao ter conhecimento sobre o vírus, suas formas de transmissão, estágios da infecção, ciclo de vida viral, tratamentos disponíveis e, especialmente, a eficácia da terapia antirretroviral (TARV), que requer a adesão de pelo menos 95% à medicação prescrita, verificada por meio de exames bioquímicos de carga viral, é possível alcançar o estado de “vírus indetectável” em exames futuros, implicando na não transmissão do HIV. Por outro lado, a falta de aderência ao tratamento pode resultar no desenvolvimento de resistência ao vírus, tornando o esquema terapêutico ineficaz no controle dos níveis virais^{1,3}.

Estudos apontam que alta taxa de não adesão da população brasileira à TARV, entre 18% e 74,3%, com lacunas em regiões como o Centro-Oeste e Norte, onde não foram encontradas pesquisas sobre o tema. Necessitando ainda de mais estudos e atenção especial à demanda por pesquisas com populações específicas, como crianças, adolescentes e gestantes (considerando a transmissão vertical do vírus), bem como idosos (diante do aumento da expectativa de vida com o uso da TARV). Estes estudos devem abordar questões como a ausência do uso de preservativos, estratégias para prolongamento da vida sexual e a terapia de reposição hormonal³.

No Serviço de Atendimento Especializado (SAE) ao HIV/aids e hepatites virais, os profissionais podem utilizar diversas ferramentas e instrumentais na abordagem ao paciente dentro desta temática, entre elas a consulta (ou atendimento) individual com foco em adesão – contextualizando aspectos emocionais e sociais, compartilhando informações e identificando fatores de risco e proteção ao rompimento da adesão ao tratamento – com um roteiro para auxiliar no foco da adesão, contemplando diversos temas, a interconsulta e consulta conjunta – estratégia de atendimento entre dois profissionais de

áreas distintas que dialogam e atuam juntos do paciente, aliando o aspecto pedagógico e assistencial, integrando saberes na interdisciplinaridade que o HIV vem requerendo nos últimos tempos¹.

Outra estratégia é o Tratamento Diretamente Observado (TDO), que consiste na observação direta ou indireta pelo profissional da saúde (ou outra pessoa) do paciente administrando o medicamento em si, no local em que ele se encontra (casa ou unidade de saúde, por exemplo), que já é efetiva com pacientes com tuberculose. Os grupos são uma estratégia já utilizada na saúde pública, de diversos formatos pelos profissionais, reunindo pessoas que vivem condições de saúde similares ou mesmas, possibilitando trocas de experiências, apoio mútuo, favorecendo a vinculação e o apoio social no enfrentamento do cuidado em saúde, que muitas vezes se torna difícil de seguir sozinho pela pessoa que vive com o HIV (PVHIV), necessitando de motivação para a continuidade¹.

Já as rodas de conversa se configuram como um espaço de diálogo, no nível comunitário, que buscam valorizar a fala das pessoas, resgatando sua autonomia e a reflexão para agir, pelas informações trocadas, auxiliando as pessoas a compreenderem-se e discutirem temas comuns. Costuma ser uma atividade feita em um tempo mais espaçado, menos estruturada, aberta à participação de novas pessoas, contemplando diversos temas a serem divulgados previamente. E por último, as atividades de sala de espera, realizadas no momento ocioso de espera para as consultas agendadas na unidade de saúde, estabelecendo um canal de comunicação com as pessoas envolvidas naquele momento, despertando o interesse para aprofundamento em outras atividades – lembrando que o desejo de participação do paciente deve ser solicitado e respeitado, atentando-se para os limites éticos da atuação profissional. Pode-se realizar exposição de vídeos, histórias, debates, caixas de dúvidas a serem respondidas no momento, entre outras¹.

Portanto, abordar o tema da adesão ao tratamento é pensar a pessoa que vive com o HIV em um contexto ampliado, marcado por desigualdades e diferenças no acesso à saúde, na infraestrutura de habitação, alimentação, redes sociais, na capacidade de compreensão das informações, de histórias mil,

de aspectos culturais, sociais, econômicos e biológicos, entre tantos outros. O momento da Pandemia de covid-19 trouxe à luz as divergências e fragilidades sociais e psicológicas que a população perpassa ao viver sua realidade, afetando a todos e todas, de sobremaneira àqueles que convivem com doenças crônicas. Por isso esse recorte situacional precisa ser abordado e considerado nas avaliações e ações de saúde pública, com as devidas medidas de proteção e higiene.

Impactos da Pandemia de covid-19 no HIV e novas estratégias de cuidado

Em março de 2020 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que o mundo estava vivenciando uma situação de pandemia pela covid-19, ocasionada pelo novo coronavírus, doença altamente perigosa e contagiosa, disseminada entre as pessoas por fluídos espalhados ao espirrar, tossir, conversar e respirar, pelas vias de respiração, caso não sejam tomadas ações adequadas de higiene (usar máscara de proteção, lavar as mãos com água e sabão ou limpá-las com álcool em gel 70%) e manter o isolamento e distanciamento sociais dos locais com muitas pessoas em volta. As principais populações em situação de vulnerabilidade e riscos de morte pela covid-19 são as pessoas idosas, aquelas que vivem com doenças crônicas (que inclui, a diabetes, a hipertensão, o HIV – associado a outras doenças, entre outras) e doenças autoimunes⁴.

Diante de toda a complexidade envolvida pela transmissão e pelo pouco conhecimento sobre a covid-19, é importante considerar que os impactos sociais (como o enfraquecimento das redes sociais, a diminuição da renda e a instabilidade profissional) e os impactos psicológicos (incluindo a piora de sintomas depressivos, ansiedade – sejam novos ou já existentes –, uso e abuso de substâncias, vivência de violências, entre outros) foram observados em aumento na população, especialmente naquela que convive com o HIV e necessita de auxílio no seu processo de cuidado em saúde. Assim, todo um ciclo de tratamento pode estar comprometido, aumentando a fragilidade pelas consequências no sistema imunológico daqueles que interrompem ou falham no uso dos antirretrovirais⁴.

O foco atual no controle da pandemia demonstra também suas reverberações nas ações de saúde priorizadas pela gestão da saúde – em seus diversos níveis, seja na disponibilização de recursos humanos, financeiros e materiais, nas ações de educação em saúde, no acesso aos equipamentos de proteção individual aos profissionais e aos pacientes, ou na atenção em especial para as urgências e emergências relacionadas à covid-19 e a dificuldade em acesso a profilaxia pós-exposição (PEP), demonstrando que as interrupções dos serviços especializados já vêm ocorrendo por insuficiências em vários componentes de saúde, do básico ao especial⁴.

A necessidade do isolamento social como medida de proteção ocasionou a diminuição e evitação da procura por atendimentos em saúde pelas pessoas que fazem o tratamento para o HIV, demonstrando impactos no acesso à testagem, ao diagnóstico, ao recebimento e percepção do apoio e acolhimento do serviço especializado, à adesão e continuação da TARV. Além disso, os serviços de saúde precisaram se reorganizar para o atendimento à população, adotando medidas como tornar flexível a retirada dos medicamentos e criar ações de consulta via telefone, entre outras⁴.

Sendo assim, é importante considerar novos meios de continuar o acompanhamento dessa população, ressaltando a adesão à TARV, aos cuidados e o diagnóstico rápido e a tempo da covid-19, levando informação e educação continuada a todos, readequando os atendimentos para que o diagnóstico do HIV e início do tratamento não sejam mais comprometidos pela pandemia, reafirmando sempre o compromisso com os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade⁴.

A partir da necessidade de mudança na forma de conduzir o processo de cuidado em saúde destas pessoas, em especial no período de pandemia, a busca por novas ferramentas é uma realidade inegável. Logo, o uso das tecnologias de informação, como o celular, vem mostrando-se como uma alternativa viável para o acompanhamento da adesão ao tratamento antirretroviral, devido ao amplo acesso pelas pessoas, à facilidade de comunicação em tempo real, e também à possibilidade de atividades abrangentes e fora do tempo real, como mensagens

programadas. Além disso, o baixo custo para manutenção e a possibilidade de diálogo imediato para orientação da readequação dos comportamentos e estratégias em situações adversas são aspectos relevantes. No entanto, é importante ressaltar que o uso dessas tecnologias precisa ser refletido e raciocinado para as adequações aos limites da população e de cada contexto específico⁵.

Como exemplos de intervenções, temos: mensagens de texto semanais, ligações telefônicas para apoio psicossocial e orientação sobre o tratamento, consultas em telemedicina, aplicação de escalas para verificar a adesão dos pacientes – associadas a outros métodos como exames laboratoriais e o uso dos medicamentos antirretrovirais, que demonstram melhorar a relação entre profissionais e pacientes, fornecendo suporte focal para a prevenção de abandono terapêutico, redução da resistência aos medicamentos e a morbimortalidade. A participação do paciente na avaliação do uso destas novas estratégias é fundamental para a melhoria do uso das tecnologias da informação, proporcionando aos profissionais melhor alinhamento das ações, verificando a qualidade e efetividade das atividades, bem como insere o paciente no seu tratamento⁵.

Descrição das técnicas, métodos ou processos de trabalho implementados ou em planejamento

Foi utilizado a metodologia do tipo “projeto de intervenção” que será aplicada no município de Iporá, localizado no estado de Goiás e faz parte da Macrorregião Centro-Oeste que conta com uma população 116.841 distribuída por 16 municípios jurisdicionados, sendo eles: Amorinópolis, Aragarças, Arenópolis, Baliza, Bom Jardim de Goiás, Diorama, Fazenda Nova, Iporá, Israelândia, Ivolândia, Jaupaci, Moiporá Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Palestina de Goiás e Piranhasⁱ. O município faz parte da região de saúde Oeste I e tem a maior população, estimada em 31.499ⁱⁱ.

Atualmente, Iporá possui oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), um hospital municipal, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um serviço de reabilitação (SER), um centro de especialidades odontológicas (CEO),

uma equipe do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), um serviço de atendimento especializado em HIV/aids e hepatites virais (SAE); é sede administrativa da Regional Oeste I e da Central de Regulação Médica das Urgências, do SAMU 192, Regional de Iporá (GO).

Descrição da situação-problema

Diante da mudança na minha inserção profissional, no início do mês de outubro de 2020, passei a atuar junto ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/aids e hepatites virais no município de Iporá (GO). O SAE conta com 67 pacientes com HIV em processo de cuidado especializado. No momento, vivenciamos problemas como ausência de busca ativa dos pacientes que não realizam adequadamente o tratamento com antirretrovirais (TARV). Essa e outras questões foram discutidas com informações da equipe da Unidade. Por meio de relatos da equipe multiprofissional, médicos e farmacêutico, foi percebida a ocorrência de subutilização da medicação, com falhas no consumo diário e muitas vezes abandono do processo de cuidado dispensado.

Cabe ressaltar que essa situação ocorreu devido aos impactos da Pandemia de covid-19, pois a enfermeira que coordena a unidade e acompanha os pacientes foi licenciada automaticamente das suas funções e realocada em outras devido estar em período de gestação, considerada dentro do grupo de risco de contaminação pelo coronavírus, e atualmente está em licença maternidade, com período de retorno não definido.

Com a redução da equipe, os pacientes deixaram de ser contatados pela unidade de saúde, logo, os processos de cuidado farmacêutico e as faltas às consultas deixaram de ser acompanhadas mais de perto. Essa fragilidade na comunicação e vinculação, gerou a percepção de que cerca de 10% dos pacientes, não haviam retirado suas medicações antes do período de esgotamento da mesma, demonstrando instabilidade no uso do TARV corretamente. Além disso, não verificamos a busca para consultas médicas de rotina, estipuladas conforme a médica infectologista em no mínimo duas consultas por ano.

Explicação ou análise da situação-problema

Em diálogo com o farmacêutico e a médica sobre os fatores que implicam na dificuldade em adesão dos pacientes ao TARV, chegou-se às duas causas críticas da situação-problema supracitada, o que engendrou o processo de mudança de foco do projeto de intervenção que estava sendo desenvolvido até o momento, por se compreender que haverá maior governabilidade do profissional para a sua execução, como uma primeira intervenção sobre o problema. Dessa forma selecionamos duas causas críticas:

1. Interrupção da busca ativa dos pacientes que subutilizam os medicamentos antirretrovirais na farmácia da unidade.
2. Insuficiência do plano de cuidado para os profissionais e pacientes, com base nas novas tecnologias de prevenção combinada, que se sabe ajudam na adesão ao tratamento.

Principais resultados alcançados ou esperados

A partir dos diálogos entre a equipe multiprofissional e a pesquisa na literatura específica sobre a temática da adesão ao tratamento e o processo de cuidado das PVHIV, foram planejadas ações iniciais para corresponderem às necessidades desta unidade de saúde, buscando aprimorar e fortalecer a relação paciente-profissional e o tratamento nesse período de Pandemia de covid-19. Estas ações não visam encerrar a situação-problema em si mesmas, mas servir de mola propulsora para o desenvolvimento da equipe em ações de adesão, desenvolvendo um caminho contínuo de atenção, monitoramento e avaliação, em um círculo evolutivo pautado pela resolubilidade, qualidade e efetividade dos serviços realizados.

Quadro 1. Matriz de programação das ações

Problema a ser enfrentado	A diminuição da adesão à TARV e vinculação ao processo de cuidado em saúde no SAE de Iporá (GO).
Descritor:	10 % dos pacientes com HIV não estão utilizando o TARV, subutilizando-o durante o período estipulado pela quantidade de remédios dispensada.
Indicador:	% dos pacientes aderindo ao TARV.
Meta:	100 % dos pacientes atendidos no serviço especializado estejam realizando o TARV integral e corretamente, informados sobre a doença e em diálogo constante com os profissionais.
Resultado esperado:	Melhoria na relação entre paciente e profissionais do SAE para a prevenção do abandono e desistência do TARV.

Causa 1:	Interrupção da busca ativa dos pacientes que subutilizam os medicamentos antirretrovirais na farmácia da unidade.			
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Reunir com a equipe para definição da forma de abordagem sobre as dificuldades de adesão dos pacientes em acompanhamento pelo SAE de Iporá (GO).	Humanos (profissionais da unidade) e materiais (caneta e papel).	Reunião realizada.	04/02/2021 a 11/02/2021.	Profissionais de saúde do serviço (psicólogo, médica e farmacêutico).
Construir um plano de abordagem ao paciente.	Humanos (profissionais da unidade) e materiais (caneta e papel).	Plano de abordagem construído.	15/02/2021 a 22/02/2021.	Profissionais de saúde do serviço (psicólogo, médica e farmacêutico).
Fazer a busca ativa via ligação telefônica para atualizar os endereços, realizar breves orientações médico-farmacêuticas necessárias e fornecer e apoio psicossocial.	Humanos (profissional de saúde), materiais (telefone celular, caneta, papel, plano de abordagem impresso para cada paciente).	Busca ativa realizada.	23/02/2021 a 31/03/2021.	Psicólogo e/ou farmacêutico.

Causa 2:	Insuficiência do plano de cuidado para os profissionais e pacientes, com base nas novas tecnologias de prevenção combinada, que se sabe ajudam na adesão ao tratamento.			
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável (nome da pessoa e não do setor em que trabalha)
Promover grupos de estudo em Educação Permanente entre os profissionais do SAE para atualização do manejo da adesão ao tratamento dos pacientes.	Humanos (profissionais da unidade), cognitivos (publicações científicas sobre as novas tecnologias de prevenção combinada) e materiais (caneta e papel).	Grupos de estudos realizados.	22/02/2021 a 22/04/2021.	Profissionais de saúde do serviço (psicólogo, médica e farmacêutico).
Realizar rodas de conversa para ampliar a escuta, realizar aconselhamento e orientação aos pacientes.	Humanos (profissionais da unidade), cognitivos (conhecimentos adquiridos sobre prevenção combinada) e materiais (caneta e papel).	Ações de aconselhamento e orientação sobre adesões realizadas.	29/04/2021 à 29/06/2021.	Profissionais de saúde do serviço (psicólogo, médica e farmacêutico).

Fonte: elaborado pelos autores.

Gestão do projeto

A gestão do projeto será realizada pelo psicólogo da unidade do Serviço de Atendimento Especializado ao HIV e hepatites virais (SAE), juntamente com os outros profissionais – médica, farmacêutico e enfermeira (agora em processo de retorno ao exercício funcional). O objetivo é garantir que a tomada de decisão seja compartilhada, somando iniciativas, novas propostas e experiências pessoais anteriores em encontros semanais. Estes encontros visam facilitar a discussão multiprofissional sobre os casos de pacientes com dificuldades em adesão, repassar novas normativas e orientações de trabalho, resolver questões administrativas e desenvolver o projeto de intervenção. No momento de apresentação do projeto, já haviam sido realizadas reuniões em equipe para

definição do plano de abordagem ao paciente na dimensão da adesão. Os seguintes fatores de adesão foram considerados: aspectos socioeconômicos, trabalho e condições, alterações psicológicas prévias e desenvolvidas após o diagnóstico, crenças pessoais, discriminação e da comunidade sobre o HIV, a evolução e o tratamento, rede de apoio social e familiar, acesso ao tratamento ofertado pelo SUS, os hábitos de saúde adotados, os efeitos adversos e a adesão ao esquema terapêutico da TARV e desenvolvido no roteiro de abordagem aos pacientes sobre a temática adesão (APÊNDICE A).

Conclusões e/ou recomendações

O período da Pandemia de covid-19 trouxe diversos desafios aos profissionais e gestores em saúde no planejamento e execução de suas ações em saúde, pois elas demandam constante contato físico próximo, a presencialidade, e a reunião de várias pessoas em prol do mesmo assunto, atividade, compartilhando o mesmo espaço físico, como, por exemplo, as atividades comunitárias de grupo – palestras, dinâmicas, a sala de espera de unidades de saúde, grupos. E como uma das medidas de higiene necessárias para conter a disseminação do coronavírus, foi preconizada a prática do isolamento e o distanciamento sociais. Isso impôs aos serviços de saúde readequação (e muitas vezes a suspensão) da forma como as suas ações eram realizadas, impactando direta e indiretamente nas atividades coletivas. Sabe-se que a adesão ao tratamento, principalmente de pessoas com doenças crônicas, e o ato de compartilhar histórias, ouvir o outro, dialogar estratégias de sucesso com outras pessoas que vivem situações similares é uma forma de auxiliar no enfrentamento durante o processo de adoecimento.

Portanto, planejar formas alternativas de continuar o trabalho da adesão ao tratamento do HIV/aids em pleno período de pandemia foi um desafio assumido pelo aluno e professor. Além da fragilização do vínculo entre paciente e profissional e da diminuição da adesão dos pacientes neste período, que foi percebida no início do trabalho na unidade do SAE de Iporá (GO), as possibilidades de exposição do paciente à contaminação exigiram o uso da

criatividade profissional e a pesquisa científica de atividades alternativas para trabalhar a adesão ao tratamento com pessoas que vivem com o HIV. Muitas dessas atividades já foram desenvolvidas e pesquisadas em outros países, o que incentivou a criação e adaptação delas à população do meu contexto. Pretende-se avaliar o sucesso das atividades e seu andamento com uma avaliação individual por escrito dos pacientes e profissionais sobre a relação entre si, o aumento da procura por orientações e aconselhamento em adesão ao tratamento, à realização de diálogos com a comunidade para compreensão das percepções, desejos, sugestões e compartilhamento do cuidado, logo, aumentando o nível e intensidade das ações de adesão na sociedade e temas relacionados. É importante realçar que as duas primeiras atividades da matriz de ações foram realizadas com sucesso, demonstrando o comprometimento da equipe do SAE com a melhoria constante do serviço e uma abertura pessoal e profissional para o novo.

Com o desenvolvimento desse projeto de intervenção, espera-se que profissionais e pacientes se engajem cada vez mais em dialogar sobre o tratamento, estabeleçamos parâmetros próprios para a nossa localidade de mensuração e compreensão dos aspectos em torno da adesão ao tratamento das PVHIV. Nos preparemos para as adversidades e dificuldades de situações sociais e de saúde inesperadas, servindo como capacitação e treinamento para as incertezas do futuro, mirando sempre nos princípios e diretrizes do SUS.

Referências

1. Ministério da Saúde. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 – Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2008/manual-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-2008>. Acesso em: 23 mar. 2023.
2. Primeira MR, Santos WM, Paula CC, Padoin SMM. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. *Acta paul enferm.* 2020;33:eAPE20190141.
3. Garbin CAS, Gatto RCJ, Garbin AJI. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. *Archives of Health Investigation.* 2017; 6(2).
4. Parente JS, Azevedo SL, Moreira LFA, Abreu LM, Souza LV. The impact of social isolation on the COVID-19 pandemic on access to HIV treatment and prevention services. *RSD.* 2021;10(1):e28110111692.

5. Santos V da F, Costa AKB, Lima ICV de, Alexandre H de O, Gir E, Galvão MTG. Uso do telefone para adesão de pessoas vivendo com HIV/AIDS à terapia antirretroviral: revisão sistemática. Ciênc saúde coletiva. 2019Sep;24(9):3407–16.

Notas Finais

- i. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/unidades-de-saude/regioes-de-saude>. Acesso em: 20 mar. 2024.
- ii. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go/ipora.html>. Acesso em: 23 mar. 2024.

APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA REMOVÍVEL EM IDOSOS NA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA

Renata Maria Pessoa de Magalhães Pereira Fuchs*
Gisele Pinto de Oliveira**

Introdução

Uma importante conquista do século XX foi o aumento da expectativa de vida, determinada pela melhoria das condições de vida da população. Associada à ampliação do acesso a serviços de saúde, avanço da tecnologia médica, saneamento básico, educação, entre outros, heterogeneamente presentes em diferentes países e contextos socioeconômicos. Apesar desse marco social, o envelhecimento da população brasileira traz grandes desafios para as políticas públicas vigentes, em especial para a saúde, implicando em novas formas de cuidado que contribuam para a autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade^{1,2,3,4,5}.

A saúde bucal em idosos é frequentemente precária, caracterizada pelo elevado índice de edentulismo e, por consequência, alta demanda de próteses dentárias no atendimento odontológico^{6,7,8}. Esse achado reflete o histórico desempenho insatisfatório dos serviços públicos de atenção odontológica que se limitam a extrações dentárias seriadas nos serviços de urgência e emergência^{9,10}. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Brasil 2010

* Especialista em Gestão em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. repessoapereira@hotmail.com e renatapessoa@marinha.mil.br

** Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. gisele.oliveira@ensp.fiocruz.br

evidenciaram a necessidade de ampliar a oferta de ações de maior complexidade, como reabilitação protética, a fim de suprir a demanda reprimida no país^{11,12}.

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é um sistema de atenção peculiar de prestação de assistência à saúde aos militares e respectivos dependentes. Sob a modalidade de autogestão especial, é orientado por legislação específica que descreve as condições de atendimento e os direitos e deveres dos beneficiários^{13,14,15,16}. A condição de saúde bucal dos usuários do SSM é semelhante ao evidenciado na população brasileira em geral, a depender das condições socioeconômicas, culturais e regionais^{16,17}.

Cabe à Odontoclínica Central da Marinha (OCM), por meio da clínica de odontogeriatrics, a tarefa de prestar assistência odontológica no eixo da atenção especializada de média complexidade, incluindo reabilitação protética, aos usuários idosos do SSM¹⁵. Com equipe formada por 19 dentistas especialistas em prótese dentária e/ou dentística restauradora e cinco auxiliares, a clínica de odontogeriatrics é responsável pelo atendimento, em média, de 1.400 pacientes por mês. Dados do levantamento epidemiológico realizado pela OCM nos anos de 2018 e 2019 revelam que, na população idosa estudada (amostra de 675 idosos), 70% (473) usavam algum tipo de prótese removível, parcial ou total¹⁸.

A reabilitação protética em idosos é dividida nas subespecialidades: prótese fixa e prótese removível. A confecção de próteses fixas na OCM é feita digitalmente por meio da tecnologia CAD-CAM (CEREC), por laboratório próprio, otimizando o processo de trabalho, pois minimiza erros e a quantidade de consultas necessárias. Já a prótese removível é confeccionada pela técnica analógica, que requer várias consultas com etapas laboratoriais entre elas, realizada pelo laboratório próprio e pelo credenciado, aumentando a complexidade no processo de confecção.

O objetivo deste trabalho foi reduzir o tempo total de tratamento de confecção de próteses removíveis na clínica de odontogeriatrics da OCM. Com os objetivos específicos de: estabelecer mecanismos para controle de pacientes em tratamento; organizar entrada de pacientes novos; implantar protocolo de tratamento;

capacitar profissionais quanto às novas rotinas; reduzir o volume de retrabalho e, por consequência, reduzir o grau de insatisfação dos profissionais envolvidos.

O projeto de intervenção

Este trabalho traduz-se em uma pesquisa de intervenção, realizada por meio de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo produto é um projeto de intervenção. A pesquisa de intervenção descreve e analisa a situação-problema, propondo soluções com o objetivo de intervir na realidade estudada e resolver ou minimizar o problema efetivamente.

Para identificação da situação-problema foi realizado um *brainstorming* com todos os profissionais da clínica e as ideias levantadas foram agrupadas e priorizadas através da técnica da matriz de seleção de problemas. As possíveis causas do problema prioritário foram identificadas pelo diagrama de Ishikawa¹⁹. Três causas foram selecionadas como críticas, pois estavam diretamente associadas à situação-problema e possuíam governabilidade por parte da equipe envolvida.

Foi realizada análise descritiva de informações gerenciais contidas nos seguintes instrumentos de gestão da clínica: planilhas de controle de alta e prontuário eletrônico do paciente. As ações propostas foram descritas na matriz de programação de ações, para cada causa crítica, e as metas estabelecidas. Foi feita uma revisão de literatura não sistematizada sobre o tema em estudo e da legislação específica do sistema de saúde em questão.

A autora deste projeto é chefe da clínica de odontogeriatria e as informações coletadas foram usadas exclusivamente para planejamento de ações gerenciais. Por fazer uso de dados secundários agregados, não é possível a identificação individualizada dos profissionais e pacientes envolvidos. Desta forma, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa²⁰.

Descrição e análise da situação-problema

A confecção de próteses removíveis demanda, em média, cinco consultas clínicas e quatro etapas laboratoriais²¹. O tempo total de tratamento

com próteses removíveis é o intervalo, em dias, desde a primeira consulta (avaliação e moldagem inicial) até a última consulta (entrega da prótese e ajuste). Este período sofre influência do intervalo entre a marcação das consultas e de repetições de etapas laboratoriais.

Em 2021, o tempo de confecção de próteses removíveis na clínica de odontogeriatría da OCM era em média 360 dias. O índice de retrabalho, descritor secundário da situação-problema, era de 28%. Como consequência ao elevado tempo de tratamento estão: limitação do acesso de outros pacientes ao tratamento; altos custos com laboratórios de prótese credenciados; elevada quantidade de retrabalhos; insatisfação dos usuários e da equipe de saúde e aumento do intervalo de tempo para marcação de consulta de acompanhamento.

As causas críticas da situação-problema são: ausência de protocolos de tratamento para prótese removível; gestão inadequada dos pacientes em tratamento, inviabilizando o planejamento de alta e; insatisfação dos dentistas. As ações realizadas para solucionar a situação-problema identificada estão descritas nas matrizes de programação de ações a seguir (Quadros 2, 3 e 4). Por razões de confidencialidade, os nomes dos responsáveis pelas ações foram omitidos na matriz.

Quadro 1. Problema a ser enfrentado: descritores, indicadores, metas e resultados esperados

Problema a ser enfrentado	Elevado tempo de tratamento com próteses removíveis na clínica de odontogeriatría da OCM.
Descritores	<ol style="list-style-type: none"> 360 dias para confecção de prótese removível, em 2021. 28% de retrabalhos (etapas repetidas) no processo de confecção de prótese removível, em 2021.
Indicadores	<ol style="list-style-type: none"> Média do tempo de tratamento de prótese removível. Percentual de retrabalhos (etapas repetidas) no processo de confecção de prótese removível. Fonte de dados: prontuário eletrônico, planilhas de controle de alta da clínica de odontogeriatría.
Forma de Cálculo	<ol style="list-style-type: none"> Forma de cálculo 01: Média de dias de tratamento dos pacientes de prótese removível. Forma de cálculo 02: Número de etapas repetidas no processo de confecção de prótese removível / total de etapas do processo de confecção de próteses removíveis x 100. Foi considerada repetição toda reprovação de qualquer uma das fases de confecção prótese removível, que impliquem na execução do mesmo procedimento duas ou mais vezes.

Metas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redução do tempo de tratamento para prótese removível para 180 dias, até outubro de 2022 2. Redução do percentual de retrabalhos (etapas repetidas) no processo de confecção de prótese removível para 18%, até outubro de 2022.
Resultados esperados:	Redução do tempo de tratamento, aumento da rotatividade dos pacientes na clínica, redução de custos no processo de confecção das próteses removíveis, melhoria da qualidade do cuidado ofertado, aumento da motivação da equipe e satisfação dos usuários.

Fonte: elaborado pelas autoras

Programação das ações

Quadro 2. Matriz de programação de ações – Causa Crítica 1

Ações	Recursos necessários	Produtos serem alcançados	Prazo de conclusão
Reunir especialistas da clínica para discutir sobre as etapas clínicas de próteses removíveis.	Cognitivo.	Reunião realizada.	Abril/21.
Confeccionar checklist de prótese removível para registrar as etapas clínicas.	Cognitivo e organizativo.	Checklists confeccionados.	Maiio/21.
Confeccionar checklist de próteses removíveis provisórias.	Cognitivo e organizativo.	Checklists confeccionados.	Maiio/21.
Confeccionar Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para novos pacientes.	Cognitivo e organizativo.	TCLE confeccionado.	Junho/21.
Revisar protocolo da clínica.	Cognitivo e organizativo.	Protocolo da Clínica revisado. Incluídos: etapas clínicas, indicações de provisórias	Julho/21.
Estabelecer parceria com o serviço de odontologia preventiva sobre instrução de higiene de próteses removíveis.	Cognitivo e Político.	Parceria estabelecida com a Oficina de Prevenção 60+.	Agosto/21.
Apresentar protocolo da clínica revisado para a direção.	Cognitivo e Político.	Protocolo apresentado e aprovado pela direção.	Agosto/21.

Divulgar protocolo da clínica revisado.	Cognitivo e político.	Disponibilização do Protocolo alterado na Carta de Usuários, internet; intranet.	Outubro/21.
Divulgar na clínica o protocolo de etapas clínicas do tratamento de prótese removível.	Organizativo.	Checklists divulgados em displays de acrílico em todos os consultórios da clínica.	Novembro/21.
Capacitar dentistas quanto ao planejamento de próteses.	Cognitivo.	Capacitação realizada.	Dezembro/21.
Divulgar apostila de planejamento de próteses do laboratório de prótese.	Cognitivo e organizativo.	Apostila divulgada.	Janeiro/22.

Fonte: elaborado pelas autoras

Quadro 3. Matriz de programação de ações – Causa Crítica 2

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão
Triar trabalhos protéticos existentes.	Cognitivo e organizativo.	Trabalhos protéticos triados.	Maió/21.
Comprar novos armários para armazenamento das caixas de trabalhos protéticos.	Econômico.	Armários comprados.	Junho/21.
Catalogar caixas de trabalhos protéticos.	Organizativo e etiquetas.	Catologação realizada (etiquetas coloridas).	Julho/21.
Mapear caixas de trabalhos protéticos no Bizagi.	Cognitivo e organizativo.	Mapeamento realizado.	Agosto/21.
Fazer busca ativa de pacientes faltosos.	Organizativo.	Busca ativa realizada.	Setembro/21
Descartar trabalhos de pacientes desistentes.	Organizativo.	Descarte realizado.	Outubro/21.
Estabelecer cronograma de balanço anual das caixas de trabalhos protéticos.	Organizativo.	Cronograma estabelecido.	Novembro/21.
Controlar pacientes em tratamento.	Cognitivo e organizativo.	Controle realizado.	Janeiro/22.
Limitar número de pacientes em tratamento.	Cognitivo e organizativo.	Número limite estabelecido e capacidade instalada respeitada.	Fevereiro/22.
Implementar grupos fechados de pacientes, com alta programada.	Cognitivo e organizativo.	Grupos implementados.	Março/22.
Implantar livro de controle de pacientes novos.	Organizativo.	Livro de controle de pacientes novos confeccionado.	Abril/22.

Fonte: elaborado pelas autoras

Quadro 4. Matriz de programação de ações – Causa Crítica 3

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão
Aplicar pesquisa de satisfação com os dentistas.	Cognitivo e organizativo.	Pesquisa de satisfação aplicada.	Março/21.
Treinar os dentistas da clínica, quanto aos protocolos por meio de aulas expositivas.	Cognitivo e organizativo.	Treinamentos realizados.	Agosto/21.
Implementar cronograma de reuniões com o laboratório de prótese.	Organizativo e político.	Cronograma implementado.	Setembro/21.
Controlar agendas e produtividade.	Organizativo e político.	Controle das agendas e da produtividade implementados.	Fevereiro/22.
Estabelecer processo de separação de material a ser utilizado na véspera.	Organizativo.	Processo de separação de material na véspera estabelecido.	Fevereiro/22.
Implementar o projeto “Artigo da Semana” .	Cognitivo e organizativo.	Projeto “Artigo da Semana” implementado.	Abril/22.
Implementar workshop de planejamento de próteses removíveis.	Cognitivo e organizativo.	Workshop de planejamento de próteses removíveis implementado.	Abril/22.
Implementar treinamento continuado, por meio de aulas bimestrais, ministradas pelos profissionais da OCM e por professores convidados.	Cognitivo e organizativo.	Treinamento continuado em próteses removíveis implementado.	Junho/22.
Implementar programa de mentoria (NETUNO) para recém-admitidos.	Político e cognitivo.	Programa de mentoria implementado.	Setembro/22.
Realizar nova pesquisa de satisfação com os dentistas.	Cognitivo e organizativo.	Nova pesquisa realizada.	Outubro/22.
Realizar pesquisa de satisfação com os pacientes.	Cognitivo e organizativo.	Pesquisa realizada.	Outubro/22.

Fonte: elaborado pelas autoras

Resultados

Tempo de tratamento

O tempo de finalização de tratamento é influenciado por diversos fatores, como: prazo de entrega das próteses pelo laboratório, disponibilidade de agenda para retorno do paciente, necessidade de repetição de etapas,

faltas dos pacientes, erros de planejamento protético, dentre outros. As ações propostas foram no sentido de minimizar alguns desses fatores.

Após *brainstorming* com especialistas da clínica, o protocolo da clínica foi alterado, incluindo: critérios para descarte de prótese para casos de abandono do tratamento; Termo De Consentimento Livre e Esclarecido para início do tratamento; critérios para confecção de próteses imediatas, próteses parciais provisórias e consertos prévios a cirurgias. Essas alterações foram aprovadas pela direção da OCM e divulgadas na carta de serviços ao usuário e na internet.

O grupo de trabalho formado por dez dentistas realizou a triagem de 1.600 caixas de trabalhos protéticos. Foram aplicados os critérios de descarte (paciente há um ano sem comparecer ao tratamento) e codificação das caixas, por ano, utilizando etiquetas coloridas, que representam uma cor para cada ano. Tal medida, além de facilitar a triagem e busca ativa, permite que seja feita relatoria anual e descarte de próteses antigas e provavelmente já desadaptadas. Os novos armários e cestas organizadoras adquiridos melhoraram o armazenamento dos trabalhos protéticos.

O mapeamento do processo de relatoria e o descarte anual das próteses no *software* Bizagi foram incluídos no protocolo da clínica, bem como os *checklists* de confecção de próteses removíveis. Em virtude destas mudanças, realizaram-se treinamentos para a equipe. Implementou-se o livro de controle de pacientes novos e planilha para controle e acompanhamento dos usuários em tratamento, com monitoramento mensal dos dados desses instrumentos. Foi realizado treinamento e inclusão dos profissionais auxiliares no controle administrativo do projeto, para agendamento e confirmação de consultas, separação de formulários, caixas de trabalhos e de material para atendimento, com conseqüente maior aproveitamento do tempo clínico do dentista.

A entrada dos idosos para início de tratamento na clínica por grupos garantiu que o mesmo profissional acompanhasse todo o tratamento, fortalecendo o vínculo com o idoso; que a mesma etapa técnica fosse realizada nos diferentes pacientes agendados para o dia, padronizando os procedimentos; o compartilhamento de

informações entre os profissionais; o agendamento das consultas subsequentes e por consequência, o efetivo controle do número de pacientes em tratamento. Antes e após as consultas, os dentistas se reúnem para discutir os casos daquele grupo de idosos. O controle dos grupos e dos pacientes em tratamento passou a ser realizado em um quadro branco, o que permitiu melhor visibilidade e agilidade nos procedimentos administrativos. Na pesquisa de satisfação realizada em setembro de 2022, 83,3% dos dentistas relataram considerar a sistemática de atendimento por grupos melhor que o atendimento avulso.

Como resultado das ações adotadas, o tempo médio para finalização dos tratamentos foi reduzido para 119 dias, em outubro de 2022, superando a meta estabelecida inicialmente.

Retrabalho

A necessidade de repetição de etapas protéticas é influenciada por diversos fatores, tais como: qualidade dos materiais utilizados, capacitação técnica dos profissionais, tempo insuficiente de consulta, erros de planejamento protético, faltas dos pacientes, longo intervalo do tempo entre consultas, dentre outros.

Com o objetivo de minimizar a influência desses fatores, foram realizados treinamentos dos dentistas para reforçar os critérios de indicação e padronização de procedimentos de próteses removíveis. Além disso, a apostila de planejamento de prótese, elaborada pela supervisora do laboratório, foi entregue para cada profissional. Outras práticas de Educação Permanente para os profissionais foram realizadas, como workshop de desenho de próteses parciais removíveis e o projeto artigo da semana, em que são disponibilizados artigos para leitura e discussão entre os profissionais, em displays de acrílico específicos localizados na clínica. Foram confeccionadas listas de verificação (checklists) para todas as etapas do tratamento em prótese removível e disponibilizadas em displays de acrílico em todos os consultórios da clínica.

Visando a manutenção da saúde oral dos usuários de próteses removíveis e a longevidade das mesmas, foi criada a oficina 60+, onde os usuários de prótese removível e seus cuidadores recebem instruções personalizadas de

higiene oral e de higiene das próteses no mesmo dia da alta na odontogeriatria. Essa iniciativa foi fruto da parceria com o serviço de odontologia preventiva.

O Programa Netuno é um programa institucional da Marinha do Brasil voltado para aprimorar a gestão das organizações militares, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade dos serviços²². Na OCM, por meio desse programa, foi instituída a estratégia de mentoria para treinamento dos dentistas recém-admitidos, em que um profissional mais experiente orienta e acompanha o trabalho do mais novo até que todos os processos sejam conhecidos.

Como resultado das diversas ações adotadas, o índice de retrabalhos foi reduzido 8,14%, em outubro de 2022, resultado melhor do que o estabelecido como meta inicialmente.

A gestão do projeto de intervenção foi realizada mensalmente por esta autora, para verificação das ações e readequação dos prazos quando necessário. Os objetivos e metas também são acompanhados pelas chefias da clínica de odontogeriatria, do laboratório de prótese, do departamento odontológico, da vice-direção e direção da OCM de forma colegiada, com produção de relatórios com os resultados alcançados. O monitoramento constante dos indicadores, permite correção dos rumos para sustentar e alavancar os resultados.

O projeto foi batizado como “Projeto Reabilita” pela direção da OCM.

Conclusões e perspectivas futuras

O objetivo principal da qualidade em saúde é a adequação dos processos com foco na eficiência, para entregar um resultado satisfatório, em menor tempo e com menor quantidade de recurso^{23,24,25}. Neste projeto, pouco recurso financeiro foi utilizado e as metas foram alcançadas, com redução do tempo total de tratamento e dos retrabalhos. A autonomia creditada a chefia da clínica de odontogeriatria possibilitou que muitos entraves fossem ultrapassados.

Apesar dos bons resultados alcançados com as ações implementadas, ainda são necessárias adequações visando a melhoria contínua do projeto. Conforme o modelo do ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*, ou em português, Planejar, Fazer, Verificar e Agir), o processo não se encerra, mas se reinicia com

a verificação dos resultados e identificação das correções necessárias^{25,26,27}. A fase de verificação evidenciou algumas necessidades de aperfeiçoamento, como: treinamento contínuo para padronização, dificuldade no processo de aquisição de materiais, ausência de tecnologia digital para controle do processo (realizado por meio de planilhas, alimentadas manualmente) e grande rotatividade de pessoal.

As ações futuras contemplam concluir a pesquisa de satisfação dos usuários, licitar materiais de mais qualidade, fazer um estudo de viabilidade para digitalizar o processo de confecção de próteses removíveis e refletir sobre medidas para mitigar os impactos da rotatividade de profissionais. Esse último, característica inerente à carreira militar, compromete a padronização dos processos e a capacitação da equipe, representando um desafio para manutenção dos resultados alcançados.

Os conhecimentos adquiridos no curso de Gestão em Saúde ampliaram os horizontes da autora para o exercício profissional na área gerencial, tornando sua prática mais produtiva e alinhada aos princípios da gestão contemporânea. A aplicação dos conhecimentos adquiridos e utilização de ferramentas de gestão na prática diária da clínica de odontogeriatrics serão fundamentais para a melhoria contínua dos processos e da qualidade dos serviços ofertados.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: uma proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1395 de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial da União.1999; 9dez.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: Diário Oficial da União. 2006; 19out.
4. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1929-1936.
5. Romero D, Castanheira D. Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa: políticas públicas e promoção da saúde na prática do SUS. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fundação Oswaldo Cruz; 2020.

6. Kossioni AE, Hajto-Bryk J, Maggi S, McKenna G, Petrovic M, Roller-Wirnsberger RE, Schimmel M, Tamulaitienė M, Vanobbergen J, Müller F. An Expert Opinion from the European College of Gerodontology and the European Geriatric Medicine Society: European Policy Recommendations on Oral Health in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2018 Mar;66(3):609-613.
7. Turgut CZ, Yurdakos A, Gokalp KP. The association between denture care and oral hygiene habits, oral hygiene knowledge and periodontal status of geriatric patients wearing removable partial dentures. *Eur Oral Res*. 2020;54(1):9-15.
8. Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP*. 2015; 44(2):74-79.
9. Ministério da Saúde. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. (Acesso em 07/set/2022).
10. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1665-75.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Azevedo JS, Azevedo MS, Oliveira LJC, Correa MB, Demarco FF. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrazil 2010): prevalências e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(8):e00054016.
13. Presidência da República. Decreto nº 95512, de 2 de abril de 1986. Estabelece Normas, Condições de Atendimento e Indenizações para a Assistência Médico-Hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 1986; 2abr - Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=92512&ano=1986&ato=be7UTT65UMBpWT1f4>. Acesso em: 5 mar. 2024.
14. Marinha do Brasil. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. DGPM-401: Normas para Assistência Médico-Hospitalar. Rev3-Mod5. Brasília: Marinha do Brasil; 2012.
15. Marinha do Brasil. Diretoria de Saúde da Marinha. Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha. Brasília: Marinha do Brasil; 2013.
16. Penoni DC, Carlos JC, Santos IAR, Baptista LS, Souza EB, Leão ATT. O perfil clínico e demográfico do paciente assistido pela Odontoclínica Central da Marinha e o papel do cirurgião-dentista na atenção integral à saúde. *Revista Naval de Odontologia*. 2018; 45(1): 8-15.
17. Puturidze S, Margvelashvili M, Bilder L, Kalandadze M, Margvelashvili V. Relationship Between General Health, Oral Health And Healthy Lifestyle In Elderly Population (Review). *Georgian Med News*. 2018 Feb;(Issue):17-21.
18. Pardini G, Leão ATT, Penoni DC. An investigation of tooth loss in geriatric patients: a cross-sectional study. *Revista Naval de Odontologia*. 2019;46(a):14-20.
19. Pertence PP, Melleiro MM. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital

Universitário. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4):1024-3.

20. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Brasília: Diário Oficial da União. 2016; 24mai.
21. Peroz S, Peroz I, Beuer F, Sterzenbach G, von Stein-Lausnitz M. Digital versus conventional complete dentures: A randomized, controlled, blinded study. J Prosthet Dent. 2022 Nov;128(5):956-963.
22. Marinha do Brasil [Internet]. Ministério da Defesa. Programa Netuno. Quem somos? Brasília: Marinha do Brasil. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/dadm/programa-netuno/quem-somos>. Acesso em: 5 mar. 2024.
23. Silva K, Moreira JAA, Vasconcelos LT, Oliveira LL, Coimbra CK. Gestão da Qualidade Total nos Serviços de Saúde: Modelo Gerencial Em Desenvolvimento. Rev. G&Amp. 2015;6(1): 617-632.
24. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O Mundo da Saúde. 2011; 35(5):319-331.
25. Santos H, Lamarca ICA, organizadoras. Caderno do Aluno: Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. [Nível de aperfeiçoamento]. Rio de Janeiro: Ensino a Distância/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
26. Alves EAC. O PDCA como ferramenta de gestão da rotina. In: XI Congresso nacional de excelência em gestão. 2015; 1-12.
27. Dornelles TS, Gasparetto V. Gerenciamento de Processos: Estudo em uma Organização Hospitalar Catarinense. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. 2015; 4(2).

UM OLHAR DIFERENCIADO AO ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS MENORES DE 01 ANO DA EQUIPE 004 DA UBS MÃE LAURINDA NO MUNICÍPIO DE MANICORÉ

Zuleika Karoline dos Reis Mota*
Patrícia dos Santos da Costa**
Josely Maria Brandão Colares***
Maria Adriana Moreira****
Helinaldo Corrêa da Conceição*****

Introdução

O monitoramento das consultas de puericultura e o baixo acompanhamento dos menores de 1 ano da equipe de Saúde da Família (eSF) 004 na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mãe Laurinda são fonte de preocupação. Essa UBS está situada no município de Manicoré, situado no sul do Amazonas, com 56.583 habitantes. É uma das cidades que compõem a Calha do Rio Madeira. Com a implantação do e-SUS (Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC) em 2017, observou-se, por meio do Relatório Operacional de Crianças Menores de 5 anos, que as crianças não estão sendo acompanhadas em sua integralidade.

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. No entanto, os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e comunidades¹.

* Especialista em Gestão em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). Brasil. zukareismota@gmail.com

** Mestre em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). Brasil. patriciacosta.esf@gmail.com

*** Especialista em Gestão de Programas de Saúde da Família, Universidade Candido Mendes (UCAM). Rio de Janeiro (RJ). Brasil. malucolares09@gmail.com

**** Mestranda do Programa de Formação de Profissionais da Saúde (PROFSAÚDE), Mestrado Profissional em Saúde da Família (realizado pela Fundação Oswaldo Cruz no estado do Amazonas). Manaus, Amazonas, Brasil. adrianamoreira2005@yahoo.com.br

***** Cirurgião-dentista da Universidade do Estado do Amazonas. Boca do Acre, Amazonas, Brasil. helinaldouea@gmail.com

A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e se desenvolver para alcançar todo seu potencial⁴.

Pretende-se com este trabalho buscar alternativas de atenção à saúde da criança para subsidiar a elaboração de uma proposta de projeto de intervenção, com ações da puericultura que reduzam a falta de adesão.

Ao longo desses dez anos como profissional da fonoaudiologia, diariamente, durante os atendimentos ambulatoriais nas UBS do município, foram realizadas consultas a crianças de várias faixas etárias que apresentavam atraso e alterações de fala. Foi observado que a falta de dados preenchidos nas Cadernetas de Saúde das crianças dificulta o processo de análise das causas. Muitas vezes, os responsáveis não dão importância a fatos que acontecem e, conseqüentemente, não recordam eventos que podem ter sido o “estopim” para tais ocorrências.

Objetivos

Objetivo geral

Realizar consultas de puericultura às crianças menores de 1 ano de acordo com calendário do MS.

Objetivos específicos

- Identificar as crianças menores de 1 ano;
- Registrar os atendimentos de cada mês na Caderneta de Saúde da Criança e no PEC; e de acordo com o calendário mínimo de consultas preconizado pelo MS;
- Difundir aos pais ou responsáveis a importância do seguimento periódico e contínuo às consultas de puericultura nas UBSs;
- Realizar busca ativa das crianças faltosas.

Justificativa

O acompanhamento das crianças não é monitorado pela equipe, e também não é feito adequadamente, já que as mães/responsáveis só levam seus filhos às UBSs em caso de doenças, dificultando o trabalho preventivo.

De acordo com Ministério da Saúde, a partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é possível estabelecer condutas preventivas adequadas à idade sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde. A fim de garantir a qualidade desse atendimento à criança, o MS propõe um calendário mínimo de consultas, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, nove e doze meses, totalizando, assim, sete consultas no primeiro ano de vida. No entanto, esse calendário não está sendo seguido no município.

Considerando que a assistência à saúde da criança é de fundamental importância devido à vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida, e a realização de consultas de puericultura de boa qualidade é crucial. Isso garante a cobertura vacinal no primeiro ano de vida, promove o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, acompanha o crescimento e o desenvolvimento infantil, oferecendo um retorno significativo para a mãe, que pode acompanhar a evolução da criança. Além disso, auxilia na prevenção das doenças mais comuns da infância por meio do conteúdo educativo presente nas consultas. Este tema foi escolhido com o objetivo de conscientizar sobre a importância desse cuidado para com a criança. O desconhecimento da equipe e da família quanto à importância desse cuidado foi eleito como o problema que mais exigia atenção, pois possuímos um número significativo de crianças que demandam acompanhamento que quando não é devidamente realizado causa impacto significativo no desenvolvimento infantil e na morbimortalidade. Então nos perguntamos: quais os motivos do baixo acompanhamento das crianças menores de 5 anos da equipe 004 da UBS Mãe Laurinda em Manicoré?

Método

O método escolhido para este trabalho foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus, que surgiu da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar. Matus concebeu o planejamento como um processo dinâmico e contínuo que “precede e preside a ação”, envolvendo aprendizagem-correção-aprendizagem. Toma como ponto de partida a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Problema é definido como algo considerado fora dos padrões de normalidade. Esses padrões a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir. Por sua vez, o ator social é uma pessoa, um agrupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação. Contemplando um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o explicativo, o normativo e o tático operacional.

O presente trabalho configura-se como um projeto de intervenção estratégico, desenvolvido por meio da análise das informações disponíveis, qualificando a eSF 004 da UBS Mãe Laurinda, sobre o acompanhamento das crianças menores de 1 ano por meio do programa de puericultura conforme descrito pelo MS. Deste modo, será realizado um planejamento estratégico que engloba a descrição da situação, com a identificação de problemas e suas causas ou fatores que condicionam a realidade observada, com a elaboração de um diagnóstico situacional que subsidiará os momentos seguintes de planejamento - o tático e o operacional.

Foi constatado que as consultas em puericultura ocorrem de maneira descontínua, ou seja, a maioria dos responsáveis pelos menores de 1 ano, não retorna à unidade de saúde para dar continuidade ao acompanhamento de seus filhos após a primeira consulta. Esse fato é confirmado ao avaliarmos os dados do e-SUS, por meio do Relatório Operacional de crianças menores de 5 anos, onde é possível verificar o número de consultas realizadas pela médica

e enfermeira da equipe e registradas no PEC. Foi observado que 60% das crianças menores de 5 anos não tiveram nenhuma consulta de puericultura.

Referencial teórico

Etimologicamente, o termo “puericultura” quer dizer: *Puer*= criança e *cultur/cultura* = criação, cuidados dispensados a alguém. Assim, a puericultura é entendida como a parte da Pediatria cuja finalidade é assegurar o pleno crescimento e desenvolvimento infantil nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, na projeção de um adulto mais saudável e com melhor qualidade de vida⁶. Para estes autores, a puericultura preocupa-se em afastar das crianças todas as influências desfavoráveis ao seu desenvolvimento, mantendo-as saudáveis para que assim cheguem à sua vida adulta sem problemas trazidos da infância.

Entretanto, a puericultura constitui-se em um dos pilares da saúde materno infantil, e há inúmeros recursos apoiados em evidências científicas que devem guiar o profissional quanto aos procedimentos mais efetivos na consulta clínica. Tais evidências norteiam as diretrizes do cuidado da atenção integral da criança estabelecida pelo Ministério da Saúde para promoção do pleno potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e para a prevenção de doenças na infância e também na idade adulta⁹.

Atualmente, com a implantação do SUS e as transformações ocorridas em decorrência da reorganização dos serviços de saúde, a puericultura passou a constituir um serviço de atendimento ambulatorial, com uma proposta de atenção integral que engloba, além das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, as ações de assistência e de recuperação da saúde. Embora seja evidente que as condições de vida (moradia, educação, saneamento, etc.) têm impacto direto na taxa de mortalidade infantil, o tipo de acompanhamento e as ofertas de serviços de saúde são também determinantes das condições de saúde das crianças. Portanto, o acompanhamento das crianças nas Unidades Básicas de Saúde constitui um dos procedimentos de grande importância para a redução desse indicador, assim como para o alcance de uma melhor qualidade de vida das crianças⁷.

Segundo recomendação do Ministério da Saúde, a primeira consulta de acompanhamento da criança deverá ser realizada ainda na primeira semana de vida, com a consulta do recém-nascido. Nesse momento, o profissional realiza a verificação da Caderneta de Saúde da Criança e a avaliação do estado de saúde da puérpera e do seu filho, por meio da anamnese e do exame físico completo do bebê, buscando identificar riscos e vulnerabilidades do recém-nascido (RN) ao nascer. Além disso, realiza também ações de promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo, incluindo o auxílio da família nas eventuais dificuldades em seu manejo, bem como as orientações quanto aos cuidados com o recém-nascido, realização do teste do pezinho, imunizações, prevenção de acidentes, registro civil e calendário das próximas consultas². As consultas subsequentes até o segundo ano de vida deverão acontecer no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês e 24º mês, porém as crianças que necessitarem de uma maior atenção deverão ser vistas com maior frequência².

É de fundamental importância que as informações colhidas e as condutas realizadas durante as consultas de puericultura sejam registradas tanto no prontuário, como na Caderneta de Saúde da Criança, pois este se trata de um documento que contém informações de saúde muito importantes, devendo estar sempre com a família para que possa ser consultada a qualquer momento e em qualquer lugar. Igualmente, o profissional deve estimular os pais e a família a consultarem a caderneta, pois ela contém diversas informações importantes⁸.

Vale ressaltar que dentre os principais objetivos da Assistência à Saúde Infantil desenvolvida nas UBSSs, estão a promoção e a recuperação da saúde das crianças, buscando assegurar seu crescimento e desenvolvimento na plenitude de suas potencialidades, sob o ponto de vista físico, mental e social, desta forma contribuindo para a redução das altas taxas de morbidade e mortalidade infantil que ainda se observam em nosso meio e, conseqüentemente, atuando na qualidade de vida das crianças incluídas nessa assistência⁵.

A consulta de puericultura visa reduzir a incidência de doenças, favorecendo um crescimento saudável com um acompanhamento periódico e sistemático, avaliando seu crescimento e desenvolvimento, monitorando a

vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, manutenção do aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, buscando a intervenção efetiva e apropriada⁴. Diante do exposto, sensibilizar a população por meio de ações educativas, enfatizando a importância da puericultura, são medidas importantes a serem alcançadas com objetivos a médio e a longo prazo⁹.

A Atenção Básica (AB) está entre as prioridades do Ministério da Saúde, uma vez que é eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa priorização se traduz não só no discurso, mas também na elaboração de ampla política que enfrenta os principais nós críticos que condicionam a expansão e o desenvolvimento da AB no país.

Destacamos que entre os principais desafios se encontram a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na AB. Neste contexto, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes. Assim sendo, a organização dos processos de trabalho deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, e deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos³.

O projeto de intervenção

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município é composta por:

- Hospital Regional (HR) = 1
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) = 1
- Unidades Básicas de Saúde (UBS) = 9 (sendo 3 na zona rural e 1 no distrito de Santo Antonio do Matupi)
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) = 1
- Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) = 1

- Centro municipal de fisioterapia = 1
- Central de medicamentos = 1
- Farmácia verde = 1 (convênio)
- Laboratórios de análises clínicas particular = 2
- Consultórios odontológicos particular = 6

A UBS Mãe Laurinda possui duas eSF com Saúde Bucal (SB) e apoio matricial da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP); sua área de abrangência corresponde aos bairros: Parte do Centro, São Domingo Sávio, São Sebastião, Rosário, parte de Mazzarello, Novo Horizonte e suburbana a Comunidade de Igarapezinho (cujo acesso no verão se dá por meio de estrada de barro e no inverno pelo Rio Madeira), com população coberta de 6.101 usuários. Em relação a eSF 004, tem população total de 2.909 usuários, e fazem parte deste estudo um total de 20 crianças menores de 1 ano. Além disso, temos duas microáreas que estão descobertas e não possuem informações cadastradas no sistema. Ultimamente todo esse transtorno vem sendo ocasionado pela Pandemia de covid-19 e anteriormente por falta de capacitação, motivação e valorização da equipe pela gestão.

Descrição da situação-problema

Dentre as deficiências identificadas está o baixo acompanhamento das crianças pela equipe, que se presume que ocorra pela falta de monitoramento da equipe e em função de mães/responsáveis só levarem seus filhos na UBS em caso de doenças.

As consultas que deveriam ser realizadas mediante prévio agendamento, sendo o primeiro realizado pelo ACS ou pela enfermeira da equipe durante a visita de puerpério da mãe, sendo as posteriores agendadas pela própria mãe durante a consulta, com consultas intercaladas entre o médico e o enfermeiro, não estão acontecendo.

Nesse cenário, 60% das crianças menores de 5 anos não realizaram nenhuma consulta de puericultura e 70% estão com vacinas em atraso.

Explicação ou análise da situação-problema

A literatura afirma que o acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, como diarreias e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações, é essencial para a promoção de uma boa qualidade de vida da criança. Por isso, é necessário buscar estratégias de assistência à saúde da criança.

No nosso dia a dia isso ocorre pela carência no monitoramento do desenvolvimento infantil e falta de adesão ao programa de puericultura pelos pais; temos como consequências a baixa cobertura vacinal, a ausência do acompanhamento odontológico e falta de controle do estado nutricional. Produzidas pelas causas críticas de falta de conhecimento e motivação dos ACS para orientar os pais para a consulta de puericultura e o baixo nível de informação dos pais.

Programação das ações

Quadro 1. Matriz de programação das ações

Problema a ser enfrentado:	Baixo acompanhamento das crianças menores de 1 ano.
Causa:	Falta de monitoramento pela equipe e adesão ao programa de puericultura pelos pais.
Descritor:	60% não realizaram nenhuma consulta de puericultura.
Indicador:	Proporção de menores de 1 ano na população.
Meta:	Acompanhar 90% das crianças menores de 1 ano.
Resultado esperado:	Melhorar o acompanhamento do desenvolvimento infantil das crianças menores de 1 ano.

Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 2. Causa crítica 1: carência no monitoramento do acompanhamento de menores de 1 ano

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Capacitar a equipe por meio de palestra e material informativo relativos ao e-sus (botão “PUERICULTURA”).	Físicos e humanos: data-show, sala, cadeira e notebook.	Enfermeira, médico e Téc. de enfermagem.	12/2020	Fga. Zuleika e TI Hélder.
Agendar consulta de puericultura para as crianças que ainda não possuem.	Físicos e humanos: computador, Caderneta de Saúde da Criança, caneta e carimbo.	Consulta preventiva de enfermagem e médica (incluindo a pediatria) de modo intercalado, das crianças menores de 1 ano para avaliação do crescimento e desenvolvimento.	01/2021	Enfa. Josely.
Fazer busca ativa dos faltosos nas consultas de puericultura e atualização da caderneta de vacina.	Físicos e humanos: carro ou bicicleta.	Crianças.	Contínuo.	ACS e Téc. de enfermagem da sala de vacina.
Monitorar a execução das ações.	Físicos e humanos: impressão do Relatório Operacional de crianças menores de 5 anos.	Número de crianças sendo cobertas pelo serviço.	Contínuo	Enfa. Josely.

Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 3. Causa crítica 2: baixo nível de informação dos pais e/ou responsáveis quanto a puericultura

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Palestrar na sala de espera da UBS sobre desenvolvimento infantil.	Físicos e humanos: data-show, sala, cadeira e notebook.	Educação em saúde para pais ou responsáveis pela criança.	Contínuo.	Enfa. Josely e Fga. Zuleika
Conversar com as gestantes explanando a importância da puericultura.	Físicos e humanos: computador, caderneta de saúde da criança, caneta e carimbo.	Educação em saúde para gestantes e RN's.	Contínuo.	Enfa. Josely e Fga. Zuleika

Fonte: elaborado pelos autores.

Gestão do projeto

A UBS Mãe Laurinda, local selecionado para aplicação do projeto de intervenção, trabalha com atendimento médico e de enfermagem na equipe, sendo que uma vez ao mês oferta consulta com a especialidade de pediatria. Apesar de ter o dia de atividade direcionado para a puericultura, os pais ou responsáveis não compareciam de forma contínua ao atendimento, na maioria das vezes referindo não haver necessidade por não ter suas crianças doentes, por falta de tempo, etc. Sendo assim, as consultas passam a ser cada vez mais esporádicas, à medida que os meses de vida da criança avançam.

Por meio do e-SUS, que é um programa de banco de dados, cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à estratégia da Saúde da Família obtêm-se informações sobre: cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e colaboradores que compõem as equipes de saúde. Contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados alcançados.

Os dados inseridos no e-SUS são decorrentes das informações coletadas pelos ACS nas visitas domiciliares, juntamente com as informações

das atividades e procedimentos realizados por todos os profissionais da equipe, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistêmico do PEC.

O e-SUS é um dispositivo necessário para a Estratégia Saúde da Família. Com o levantamento dos dados por meio deste sistema e das visitas domiciliares identificamos esse problema enfrentado pela eSF. O e-SUS, foi implantado em 2017 no município, sendo possível observar através do Relatório Operacional de Crianças Menores de 05 anos, que as crianças não estavam sendo acompanhadas em sua integralidade e que não tínhamos nenhum cadastro das crianças menores de 1 ano.

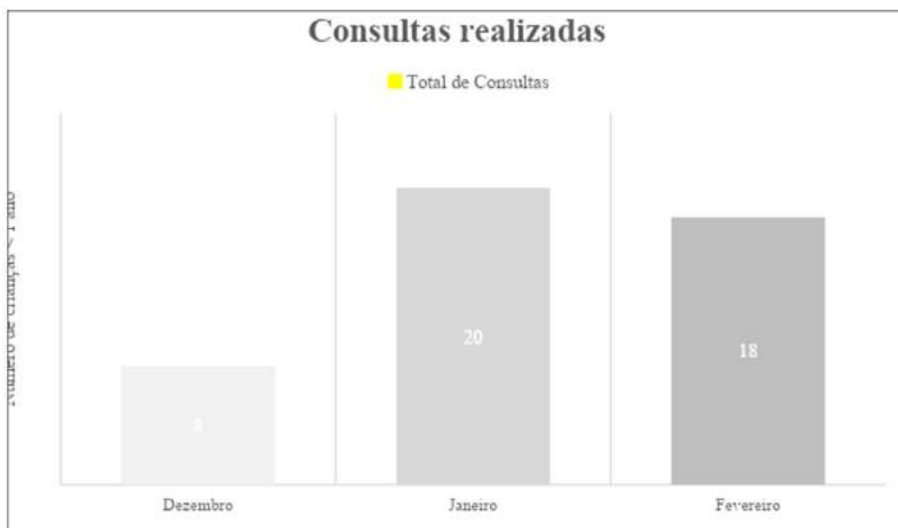
Então, no mês de novembro de 2020, realizamos uma reunião com a equipe e solicitamos aos ACS uma lista contendo o nome de todas as crianças de 0 a 1 ano de suas respectivas microáreas. Além disso, pedimos outras informações, como a data de nascimento, nome da mãe, endereço, certidão de nascimento e retirada do cartão SUS para aqueles que ainda não possuíam. Isso era necessário para iniciar o cadastro e o acompanhamento das consultas das crianças na unidade de saúde e pelos ACS, facilitando a identificação das crianças faltosas para uma posterior busca ativa. Para garantir a oferta de todas as consultas das crianças até 1 ano, o agendamento passou a acontecer da seguinte forma: ao ser planejada a visita puerperal, que deve acontecer ainda na primeira semana de vida da criança, a enfermeira da equipe realizará a visita junto com o ACS que cadastrará a criança no e-SUS AB Território em sua microárea. Na ocasião da visita, a mãe será informada da data da primeira consulta, quando receberá as informações acerca do acompanhamento infantil por meio da sensibilização das mesmas sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho.

Para as gestantes, durante as consultas de pré-natal e visitas domiciliares, abordar, além da puericultura, outros temas como o teste do pezinho e da orelhinha, imunizações, registro civil, alimentação saudável, entre outros. Sabemos que o cuidado com a criança deve ser iniciado ainda durante a vida intrauterina.

Com a implementação deste Plano de Ação, foi possível melhorar o acesso e a qualidade da assistência voltada às crianças de 0 a 1 ano acompanhadas pela equipe de saúde o que, conseqüentemente, contribuiu para a melhora dos indicadores em saúde da criança.

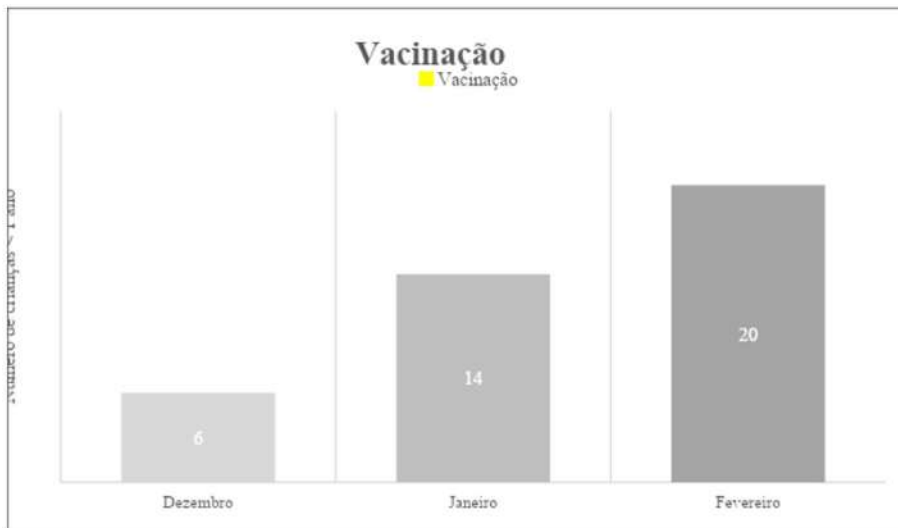
Com a intervenção, foi possível evidenciar o comparecimento às consultas de puericultura (Gráfico 1) e aumento da cobertura vacinal (Gráfico 2), uma vez que todas as crianças compareceram ao atendimento conforme agendamento.

Gráfico 1. Número de consultas em puericultura para menores de 1 ano, em relação aos meses do ano. Manicoré, 2013



Fonte: elaborado pelos autores.

Gráfico 2. Cobertura vacinal dos menores de 1 ano. Manicoré, 2021



Fonte: elaborado pelos autores.

Considerações finais

Realizar consultas de puericultura, com garantia de sequência de consultas, ainda é um dos desafios das equipes de saúde que buscam o melhor para as crianças, com o objetivo de uma vida mais saudável.

Sendo assim, esse projeto de intervenção foi importante para nortear o processo de trabalho da ESF 004 da UBS Mãe Laurinda, que até então desenvolvia atividades de forma desorganizada nesse sentido. Considerando o número de crianças na faixa etária do estudo e o mínimo controle desse acompanhamento por parte dos profissionais, que por vezes não realizavam a busca ativa dessas crianças, para que assim a continuidade do atendimento acontecesse.

Ressalta-se que utilizar o sistema de informação para apontar as falhas e fazer correções, possibilita a avaliação de resultados e sem dúvida é uma ferramenta indispensável.

A partir deste projeto, foi possível modificar o processo de trabalho ofertado até então, para outro elaborado de acordo com a realidade e dificuldades vivenciadas pelos profissionais, no que diz respeito às consultas de puericultura.

Salienta-se que os resultados apresentados foram possíveis devido ao engajamento de toda a equipe de saúde, além da cooperação e confiança em nosso trabalho, dos pais e ou responsáveis das crianças objetos do projeto. Com isso, espera-se que os objetivos alcançados nos primeiros meses desse projeto de intervenção demonstrem-se cada vez mais favoráveis e possam ser seguidos pelas demais equipes de saúde do município. E que à medida que os meses avancem a sequência de consultas de puericultura mantenham-se crescentes e as ausências dessas crianças passem a ser inexistentes ou pouco significativas diante dos grandes resultados.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos De Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (Cadernos de Atenção Básica, n.º 33). Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, n.º 33). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev esc enferm USP. 2011Jun;45(3):566-74.
5. Del Ciampo LA, Ricco RG, Rosa F. Puericultura: uma prioridade a ser resgatada. *Pediatria*. 1994;16:(4): 158-61.
6. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu; 2000.
7. Sucupira ACSL. Saúde da Criança. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 661-672.
8. Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem: saúde materna, neonatal e do lactente. Módulo V: Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde. Unidade 7: Processo de comunicação e registro em saúde da mulher e da criança. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
9. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *J. pediatr*. 2010; 86 (1): 80-84.
10. Ministério da Saúde. Caderno da Atenção Básica número 11. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Secretaria de Políticas da Saúde. Brasília – Distrito Federal; 2002.

O DEBATE RACIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO AO RACISMO: UMA ANÁLISE SOBRE A OFERTA CURRICULAR DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO RIO DE JANEIRO

Marcia Mirandela Teixeira*
Roberta Gondim de Oliveira**

À guisa de introdução: sobre a trajetória escolar de uma mulher negra – dos bancos escolares do ensino fundamental até a pós-graduação

Este estudo foi motivado a partir das experiências vividas por esta autora negra que desde a infância, quando aluna do ensino básico – elementar, fundamental – em uma escola privada na Baixada Fluminense, no município de Nova Iguaçu, deparou-se com as primeiras experiências de racismo, perpetradas pelos “colegas” de classe. Essa vivência, desde tenra idade, se mostrou ser a tônica da existência negra nos espaços formais de produção de conhecimentos, cuja demarcação racista de mundo se expressa não apenas na leitura deletéria do corpo negro, mas também e fundamentalmente na reprodução de bases epistêmicas colonialistas que invisibilizam e subalternizam existências não negras enquanto estratégia de manutenção de poder.

Ao longo de minha infância e adolescência foi na escola que tais experiências me fizeram questionar qual seria o papel dos professores neste ambiente onde “não conseguiam enxergar” as condutas e posturas racistas

* Especialista em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mirandela.uff@gmail.com

** Pesquisadora em Saúde Pública, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. roberta.gondim@fiocruz.br

em sala de aula. Em terras de “democracia racial”, eu não encontrei aliados que me fizessem compreender o porquê daquelas atitudes. Pude conhecer a forma perversa como o racismo opera e assim aprendi a reformular meu sorriso (leia-se, diminuir), esconder meu cabelo, moldar meu comportamento e, a não enxergar minha beleza. Minha estética não estava representada nas revistas e a sociedade me fez incorporar como um corpo fora do lugar. Da mesma forma que Grada Kilomba¹ em seu Memórias da Plantação diz que somos construídos socialmente como o “outro” inferior:

Tal posição de objetificação que comumente ocupamos, esse lugar da “Outridade” não indica, como se acredita, uma falta de resistência ou interesse, mas sim a falta de acesso à representação, sofrida pela comunidade *negra*.¹

Não compreendia tal fenômeno e sentia minha dor em silêncio. Em meu universo, a menina negra não vislumbrara um lugar no mundo, pois não me via representada em lugar algum e desde sempre aprendi a ser silenciada e rejeitada também pelos meninos de minha idade. Cabe aqui a reflexão trazida por Nilma Lino Gomes², em seu artigo sobre trajetórias escolares, de 2002:

Na instituição escolar, assim como na sociedade, nós comunicamos-nos por meio do corpo. Um corpo que é construído biologicamente e simbolicamente na cultura e na história. A antropologia mostra-nos que as singularidades culturais são dadas não somente pelas dimensões invisíveis das relações humanas. São dadas, também, pelas posturas, pelas predisposições, pelos humores e pela manipulação de diferentes partes do corpo. Por isso, a articulação entre educação e antropologia poderá trazer-nos novas luzes sobre o estudo das relações raciais e apontar-nos novos temas por meio dos quais a trama na qual a trajetória escolar é tecida desenvolve-se de maneira lenta e complexa.²

Em contrapartida, minhas boas notas e boa redação, sempre chamaram atenção de meus professores à época, o que me impulsionava de certa forma a seguir em frente. Guardo boas lembranças do ensino médio, cursado em uma

escola privada em Queimados, outra cidade da Baixada Fluminense. Apesar de ter vivenciado episódios de racismo, foi gratificante alcançar o 1º lugar da turma, com os melhores conceitos e aprovação, reconhecidos e aclamados no dia da formatura. Filha de pais que, apesar da pouca escolarização, sonhavam com algo maior para mim e meus três irmãos. Não sabia direito qual caminho poderia trilhar e nem eles souberam como me orientar, apenas diziam, estude! Cabe ressaltar que ser filha de um pai machista, formado pelo patriarcado, reverberou em uma educação pautada também em lugares previstos, dentre esses, o lugar da submissão, do trabalho doméstico, de viver para o lar, para o casamento. Já o filho homem, sim, este deveria ter uma profissão, mas as filhas se não fossem professoras, minhas duas irmãs, mais velhas, cursaram Formação de Professores, deveriam casar... Algo que eu tinha em mente era não “obedecer” a esta regra, porque tinha certeza de que as mulheres não nasceram apenas para ser acessórios ou ter papéis pré-determinados por homens e, sim, serem sujeitas de sua própria história. Assim como bel hooks³ em *Ensinando a Transgredir*, eu tive que questionar o porquê de ter que escolher entre duas ou três opções de carreira. Vejamos:

No Sul, à época do *apartheid*, as meninas negras de classe trabalhadora tinham três opções de carreira. Podíamos casar, podíamos trabalhar como empregadas e podíamos nos tornar professoras de escola. E visto que, de acordo com o pensamento sexista da época, os homens na verdade não gostavam de mulheres “inteligentes”, partia-se do pressuposto de que quaisquer sinais de inteligência selavam o destino da pessoa. Desde o ensino fundamental, eu estava destinada a me tornar professora.³

Na graduação, tive poucas docentes negras e, o debate racial, ausente nos Ensinos Fundamental e Médio, tal qual no curso de Serviço Social, também era secundarizado, colocado como parte de uma disciplina de gênero, porém, sem aprofundamentos. Pode se dizer ainda a partir da autora Oliveira⁴ que a questão racial surge antes da questão social, posto que existe uma história pregressa de uma população invisibilizada e que contribuiu para a construção do Brasil como nação:

Por que não entendemos a questão racial como uma expressão da questão social? O Brasil é um país de tradição escravocrata, responsável por 300 anos de servidão negra, vividos com muita opressão, mas que reservou espaço para a resistência e construção de um projeto alternativo de nação. O período da escravidão foi bastante explorado por historiadores e outros pesquisadores das ciências sociais. Todavia, a história da população negra no pós-abolição reserva lacunas, em que pese haver a partir da década dos anos 2000 avanços quantitativos e qualitativos na produção de pesquisas específicas.⁴

Ao ingressar na Especialização em Saúde Pública na ENSP, em 2019, curso com carga horária de 690 horas, me deparei com apenas duas professoras negras no corpo de docentes daquela instituição, uma delas, a professora Roberta Gondim, que ministrou a aula intitulada Expressões do Racismo na Saúde. Esta docente, a partir do diálogo da saúde coletiva com diversos autores negros e negras, nos levou coletivamente à reflexão sobre como se faz necessário abordar no curso de Saúde Pública, o debate racial, um tema que atravessa a existência da população negra, maioria no país e maioria atendida pelo SUS.

Os temas abordados no decorrer do Curso de Especialização nos levaram a refletir sobre as ações, políticas públicas, evidências, planejamentos, organização do trabalho em saúde, gestão, questões sociais, dentre outros conceitos-chave relativos à saúde pública. Incluiu também elementos que referenciam o contexto histórico em que fomos concebidos enquanto nação; a concepção do Sistema Único de Saúde desde a Reforma Sanitária, sua trajetória de desenvolvimento até a atual conjuntura.

Analisando os princípios do SUS⁵ podemos compreender que a inclusão do debate racial nos cursos de formação em Saúde Pública seria um ganho para que, de acordo com a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 7º, incisos I, que versa sobre a universalidade e o inciso IV, que prevê a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Conforme mencionado na Constituição Federal Brasileira, no artigo 196, a saúde é um direito de todos e dever

do Estado, um direito social fundante para nós enquanto cidadãos. Em contraponto, documentos oficiais comprovam que a população negra, por exemplo, tem, comumente, esse direito violado, tal qual a dificuldade de acesso às unidades de saúde e tratamento diferenciado/negligenciado por conta da cor de sua pele; cabe aqui exemplificar os índices de mortalidade materna decorrentes da violência obstétrica e os de mortalidade por causas violentas e/ou externas que atingem principalmente as pessoas negras. Conforme expressa Lopes⁶:

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados. No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade.⁶

Tal fato está expresso em dados, estatísticas e reforçado pelo implemento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)⁷ (instituída pela Portaria GM/MS n.º 992, de 13 de maio de 2009), uma luta do Movimento Negro, especial e fundamentalmente de mulheres negras, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, cujo objetivo é garantir a equidade na atenção à saúde para esse segmento populacional. É importante citar a PNSIPN⁷ neste contexto, uma vez que ela tem como uma de suas diretrizes a: “Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde” o que dialoga com a discussão proposta neste trabalho.

Desta forma, este capítulo pretende trazer alguns elementos capazes de adensar a importância da discussão nos diversos espaços acadêmicos, e mostrar o quanto é relevante o debate nos bancos da Saúde Pública, como investimento em pesquisa que corrobore para comunicar aos profissionais de saúde e à população usuária dos serviços que o racismo existe e precisa ser debatido.

Abdias Nascimento⁸ nos dá um panorama da trajetória histórica do negro no Brasil, do quanto foi nociva a escravização dos negros originários da África que culmina num processo de apagamento, silenciamento de sua cultura e religião, como parte de um projeto de extermínio com sucessivas violências e opressões. Destaca que o objetivo último do racismo é “a obliteração dos negros como entidade física e cultural”. Ele sinalizara a importância do estudo da história e cultura africana e que alguns autores brancos insistem em tornarem-se “especialistas em negros”, ou seja, insistem em falar por nós. Cruz⁹ nos descreve em seu artigo intitulado “Uma abordagem sobre a história da educação dos negros”, como as formas de inserção do negro (afro-brasileiro) e de indígenas no processo educacional foi e tem sido esquecido no Brasil:

O estudo, por exemplo, da conquista da alfabetização por esse grupo; dos detalhes sobre a exclusão desses setores das instituições escolares oficiais; dos mecanismos criados para alcançar a escolarização oficial; da educação nos quilombos; da criação de escolas alternativas; da emergência de uma classe média negra escolarizada no Brasil; ou das vivências escolares nas primeiras escolas oficiais que aceitaram negros são temas que, além de terem sido desconsiderados nos relatos da história oficial da educação, estão sujeitos ao desaparecimento.⁹

Romão¹⁰ destaca a atuação de Ironides Rodrigues, formado em Direito, um membro ativo como professor e pensador do TEM (Teatro Experimental do Negro), onde alfabetizava os adultos, a maioria destes operários, na organização:

Alguns dos remanescentes do grupo estimam que o TEN atendeu mais de 600 pessoas em seu curso de alfabetização de adultos. Aqui não se mede simplesmente o resultado quantitativo do projeto, mas, o da adesão aos movimentos do grupo e das pessoas para derrubar as barreiras da invisibilidade ou dos discursos de naturalização das diferenças e desigualdades raciais.¹⁰

Não podemos deixar de mencionar neste estudo a importância dos pré-vestibulares populares, como mais um elemento de resistência, iniciativa do Movimento Negro no Rio de Janeiro que contribuiu e contribui para a

emancipação de pessoas negras, assim como meu ingresso na Universidade, por meio do curso pré-vestibular do Projeto Educação para Afrodescendentes (Educafro). Mencionamos os estudos realizados por Alexandre Nascimento¹¹, um dos fundadores, professores e coordenadores do curso, que nos diz que a fundação do curso pré-vestibular se deu em 05 de junho de 1993, em São João de Meriti, Baixada Fluminense, Rio de Janeiro:

[...] com o objetivo de instituir um trabalho de ensino pré-vestibular aliado ao combate à exclusão social e discriminação racial, verificadas nos baixos índices de participação de negros nas universidades brasileiras.¹¹

Outro fato marcante e de indiscutível relevância em relação à educação de pessoas negras foi a introdução das cotas raciais nas universidades públicas, sendo a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF) as pioneiras ao adotarem no Rio de Janeiro, em 2003, as cotas raciais, que destinaram 40% das vagas para alunos negros em seus vestibulares. O polêmico debate acerca das cotas raciais polarizou a discussão acadêmica à época da votação no Congresso Nacional do PL 73/1999 – Projeto de Lei das Cotas, quando parte da sociedade (entidades, movimentos sociais, alunos e acadêmicos, majoritariamente negros) se posicionavam a favor destas, nas tentativas de reparação histórica e de melhoria das condições de vida das pessoas negras na sociedade.

Em contrapartida, outros atores sociais (com destaque para intelectuais de diversas instituições brasileiras) se posicionaram contra por defenderem o preceito constitucional de que todos “são iguais” perante a Lei ou por “acreditarem” que tal debate é “identitário”, que poderia enfraquecer a luta antirracista, e que também poderia estimular um acirramento das diferenças raciais. A Lei de cotas para universidades federais foi promulgada em 2012, grande conquista do Movimento Negro, termina em 2021. Em 2022, a Lei deverá passar por novo debate, sendo reavaliada.

Em 2003, durante o governo de Lula da Silva, ocorrem dois marcos para a trajetória da educação e do papel Movimento Negro no país, – a promulgação da Lei n.º 10.639¹² que alterou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º 9.394), e instituiu a obrigatoriedade do ensino de história e cultura africanas e afro-brasileiras. E a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), no dia 21 de março de 2003, data em que se comemora o Dia Internacional Contra a Discriminação Racial. Partindo do pressuposto de que a partir da promulgação da Lei Federal n.º 10.639¹² que altera a Lei n.º 9.394, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira”, e dá outras providências, o disposto no artigo n.º 26-A nos informa que: “Nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, oficiais e particulares, torna-se obrigatório o ensino sobre História e Cultura Afro-Brasileira.

Nos causa um pouco de indignação pensar que foi necessária a promulgação de uma Lei Federal para que se instituisse o ensino junto ao currículo escolar. É válido ressaltar que a partir de 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde enviaram esforços para que fossem criados novos parâmetros para os currículos voltados para a formação de profissionais de saúde.

O objetivo: problematizar o epistemicídio como parte da produção de conhecimento na saúde

O campo da saúde coletiva é um campo epistêmico, político e de práticas de cuidado e sociais, cuja formação abarca diversificadas dimensões, que se conformam a partir de bases disciplinares, como da epidemiologia e das ciências sociais, organizadas teórico-metodologicamente em bases curriculares. Creio que o panorama aqui exposto proporcionará ao leitor compreender a urgência desse debate na Saúde Coletiva. Assim, a apresentação do panorama acerca da inclusão do tema racial nestes cursos, em especial o lugar que ocupa (ou não ocupa) na agenda acadêmica, nas instituições de pós-graduação na cidade do Rio de Janeiro, almeja levar a reflexão para docentes

e discentes, bem como a comunidade interessada e envolvida na produção de saberes, necessários à construção de políticas públicas.

Sueli Carneiro¹³, em sua tese de doutorado, traz uma abordagem do conceito de “epistemicídio”, em que faz um estudo de cunho reflexivo especulativo.

[...] o Epistemicídio tem se constituído no instrumento operacional para a consolidação das hierarquias raciais por ele produzidas, para as quais a educação tem dado contribuição inestimável.¹³

Ela destaca, a partir da sistematização de Boaventura de Souza Santos sobre o debate latino-americano acerca da colonialidade do saber, que o epistemicídio é parte da não produção de conhecimento que aqui referendamos como a ausência do debate racial no campo da saúde coletiva. Desta forma, há um silenciamento por parte do campo da saúde coletiva à medida que o debate fica em segundo plano. Entendido como conhecimento válido, a validação a partir do conhecimento produzido no Norte, a partir da Europa, do homem branco. Que invalida tudo que é produzido no Sul. Ou seja, é por meio desse operador que este dispositivo realiza estratégias de inferiorização intelectual do negro ou sua anulação enquanto sujeito de conhecimento.

Portanto, esse estudo tem por objetivo propor uma análise sobre o lugar do debate racial nas disciplinas ofertadas pelas instituições de ensino públicas do Rio de Janeiro no âmbito dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Notas sobre o processo de desenvolvimento do estudo – o método

O presente estudo foi desenvolvido a partir de análise documental, realizada a partir de levantamento quali-quantitativo dos dados presentes nas ementas das disciplinas, tanto em relação à presença do tema, assim como relativo ao conteúdo proposto nas ementas dos referidos cursos de pós-graduação, na modalidade *stricto sensu*. Para essa finalidade utilizamos palavras-chave/descriptores relacionados à temática do racismo em um período de 11 anos, compreendido entre os anos 2010 a 2020.

Foi realizada também uma discussão com base na produção bibliográfica disponível, o que nos permitiu conhecer autores que estudam e dialogam sobre o racismo em suas diversas expressões. Além de dialogarem e contribuírem com o grande tema da educação, seus escritos fornecem informações que se referem à evolução do tema questão racial sob o olhar da política de educação, tais como avanços e lutas de intelectuais negros, cujas contribuições permitiram uma melhor análise dos resultados apresentados. Ainda que não sendo possível fazer inferências, dada a ausência de elementos empíricos, entende-se essa oferta no Rio de Janeiro como um dado padrão no tratamento do debate racial nos currículos da saúde coletiva.

Para Minayo¹⁴: “A pesquisa é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade”. E esta pesquisa visa compreender alguns elementos para se chegar a outros, apreendendo como o tema está sendo abordado nas disciplinas pesquisadas. A autora nos informa ainda que a pesquisa qualitativa:

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos é entendido aqui como parte da realidade social [...]¹⁴

Os dados coletados foram aqueles disponibilizados nas páginas oficiais na internet de universidades públicas do Rio de Janeiro e outras instituições de ensino de pós-graduação. Os cursos pesquisados fazem parte da modalidade: *stricto sensu* (mestrado e doutorado). Foram pesquisadas as instituições: UERJ/IMS (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social); UFRJ/IESC (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva); UNIRIO/ISC (Universidade do Rio de Janeiro – Instituto de Saúde Coletiva); UFF/ISC (Universidade Federal Fluminense – Instituto de Saúde Coletiva); FIOCRUZ/ ENSP (Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública); FIOCRUZ/ IFF (Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira); PPGBIOS (Fundação Oswaldo Cruz – Programa de Bioética Aplicada e Saúde Coletiva (realizado em associação com a Fiocruz, UFRJ, a UERJ e a UFF).

A escolha das instituições de ensino deu-se por serem estas as principais instituições públicas localizadas na cidade do Rio de Janeiro com escopo de produção de conhecimentos, ensino e pesquisa na área da Saúde Coletiva. Com vistas a identificar, por meio dos portais das instituições de ensino, quais disciplinas compõem o debate supracitado, buscamos ver de que forma o tema do racismo é abordado, no sentido da centralidade dada à temática nas bases curriculares das instituições de ensino pesquisadas no período de 2010 a 2020.

Utilizamos os seguintes descritores na busca das ementas das disciplinas ofertadas pelos cursos: raça, raça e saúde coletiva, racismo, relações coloniais, questão étnico-racial, decolonialidade, estudos culturais, estudos decoloniais, desigualdades raciais, pós-colonialismo.

A análise da oferta curricular sobre o tema do racismo por meio das disciplinas, segundo estes descritores, foi realizada a partir dos textos das ementas e da bibliografia sugerida nas ementas disponíveis nos sites (páginas oficiais) das instituições de ensino. Essas informações foram organizadas em um banco de dados em Excel, fornecendo um mapeamento das disciplinas que contemplam o debate racial, contendo as seguintes informações: (1) instituição ofertante; (2) título; (3) ano; (4) modalidade/nível de ensino (mestrado e doutorado); (5) partes de textos selecionados da ementa que contemplam os descritores; e (6) referências bibliográficas. Em seguida, observou-se de que forma a temática é inserida, se a oferta se refere a disciplinas obrigatórias ou eletivas. A partir do panorama apresentado, efetuamos nossas análises acerca da presença/ausência do tema, da abordagem proposta, e o destaque dado ao racismo nos diversos programas de pós-graduação.

Principais resultados

Como já abordado, o estudo foi realizado a partir das informações que constam nas ementas de disciplinas dos programas de stricto sensu (mestrado e doutorado), disponibilizadas nas páginas oficiais das referidas instituições de ensino. A discussão que segue é feita tomando como base a oferta de cada uma das instituições de ensino trabalhadas. Ao longo do período de 2010 a 2020, a

oferta de disciplinas, que inclui em alguma medida o tema racial, corresponde a apenas 3,75% do total da oferta. Entretanto, pode-se ver um aumento na inclusão do tema nos últimos anos, com destaque para o ano de 2020, que é coincidente com o surgimento mais significativo do debate racial em várias partes do mundo, em face de inúmeros eventos de violência racial.

Tabela 1. Número e percentual de disciplinas que contém o debate racial relativo ao total de disciplinas ofertadas, de 2010 a 2020

Ano	Quantitativo de disciplinas		
	Incluem a temática racial	Total de disciplinas	Percentual de disciplinas com a temática racial
2010	0	81	0,00
2011	1	172	0,58
2012	1	100	1,00
2013	3	83	3,61
2014	4	172	2,33
2015	4	154	2,60
2016	6	195	3,08
2017	8	149	5,37
2018	11	262	4,20
2019	14	281	4,98
2020	38	749	5,07
Total	90	2398	3,75

Fonte:Elaborado pelas autoras

A oferta de disciplinas da UERJ corresponde aos cursos do Instituto de Medicina Social (IMS), que disponibiliza o mestrado e doutorado acadêmico por meio do PPGSC-IMS/UERJ (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva). As ementas estão disponíveis apenas a partir do ano 2020 e as disciplinas encontram-se subdivididas nas áreas de Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia e Política, Planejamento e Administração em Saúde. No primeiro semestre de 2020 encontraram-se as seguintes informações por área: Ciências Humanas e Saúde – três disciplinas eletivas em cuja bibliografia e ementa há a

presença do descritor “raça”, sendo: Seminário de Orientação para o Mestrado I; Seminário de Orientação para Doutorado I; Dor, Sofrimento e Linguagem; Constituição da Psiquiatria Infantil no Brasil, sendo as duas últimas tanto para mestrado como doutorado. Na de Política, Planejamento e Administração em Saúde, encontramos uma disciplina eletiva para Mestrado e Doutorado, – “As Duas Faces do Racismo e Branquitude”. Já na área de Epidemiologia não há nenhuma disciplina em cuja ementa que contemple os descritores.

No segundo semestre de 2020 encontraram-se as seguintes informações por área: Ciências Humanas e Saúde – uma disciplina obrigatória onde há a presença do descritor “raça” na bibliografia – Saúde Coletiva; cinco disciplinas eletivas em cujas bibliografias e/ou ementa há a presença dos descritores raça e racismo, sendo: Seminário de Orientação para o Mestrado I; Seminário de Orientação para Doutorado I; Seminário de Pesquisa para Mestrado; Constituição da Psiquiatria Infantil no Brasil; e Significado Social da Dor II, sendo as duas últimas tanto para mestrado como doutorado.

Na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde encontramos uma disciplina obrigatória: Organização do Cuidado e Qualidade da Atenção, para Mestrado e Doutorado e duas eletivas. A disciplina eletiva tem por tema: as duas faces do racismo e branquitude, destinadas ao mestrado e doutorado cujo objetivo, conforme disposto na ementa, é racializar o branco. A segunda disciplina eletiva intitulada: Escritas Acadêmicas Contracoloniais encontramos o descritor decolonialidade;

A pesquisa relativa à UFRJ tomou por base a oferta do IESC/UFRJ, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que possui cursos de mestrado e doutorado. Ao longo do período de 2010 até 2020, não há nenhuma disciplina que contenha em seu título quaisquer dos descritores. Ressalta-se que em 2010, no segundo semestre, nem os títulos das disciplinas estão disponíveis, assim como em todo o ano de 2013. Entre 2010 a 2018 todas as ementas encontram-se indisponíveis, constando apenas o título das disciplinas. Problematicamos então sobre a impossibilidade de discutirmos sobre a inclusão do debate racial em seus cursos.

Em relação à UFF, trabalhou-se com a oferta do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), especificamente com o Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva (PPGSC), que oferece apenas o mestrado acadêmico. Os dados disponíveis na página institucional mencionam as disciplinas com ementas atualizadas apenas em 2019. No período de 2010 a 2018 e em 2020 não encontramos dados disponíveis para pesquisa, ou seja, não estão disponibilizadas as disciplinas e suas respectivas ementas. Relativo ao ano de 2019, estão disponíveis as ementas de duas disciplinas, no entanto, percebemos que algumas disciplinas da grade foram atualizadas/alteradas em 2020 e 2021. São estas as disciplinas: Tópicos em Saúde Coletiva I: Ciências Sociais, Humanas e Saúde, disciplina eletiva, (bibliografia atualizada em fevereiro/21). Foi encontrado o descritor racismo na bibliografia e há a sugestão de leitura de autoras negras como Maria Aparecida Bento e Lélia Gonzalez. Importante ressalva deve ser feita em relação à ementa dessa disciplina, pois não traz nenhum dos temas relativos à questão étnico-racial, ainda que trazendo sugestões de leitura de autoras negras na referência bibliográfica;

Já em relação à UNIRIO, especialmente o Departamento de Saúde Coletiva (DSC-UNIRIO), vimos que não há um programa específico de pós-graduação em Saúde Coletiva. Na área da Saúde, consta na plataforma da UNIRIO/ISC (Instituto de Saúde Coletiva) apenas o mestrado profissional como parte do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGTESH) e o mestrado acadêmico em enfermagem. Os dados disponíveis são relativos apenas aos nomes das disciplinas, sem ementas, e não há menção sobre a questão racial.

Em relação à Fundação Oswaldo Cruz, foram trabalhados três programas da área de Saúde Coletiva. Um primeiro do Instituto Fernandes Figueiras (IFF) que possui os Programas de mestrado e doutorado acadêmico em Saúde Coletiva (Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher) no qual nos ateremos à área de concentração Saúde da Mulher e da Criança. Encontramos no segundo semestre de 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, a disciplina Gênero, Biomedicina, História e Saúde Pública, em sua ementa e bibliografia consta o descritor “raça”. Sendo que de 2012

a 2015 e em 2019, a bibliografia com o descritor é excluída da plataforma, sendo mantido apenas na ementa. Em 2016 não se encontram disponíveis a ementa e a bibliografia. No segundo semestre de 2017 e 2018, a bibliografia sugerida é alterada por leituras que trazem o descritor “raça” em inglês (*race*). Em 2020 (primeiro semestre) não há nenhuma disciplina cadastrada na plataforma SIGA; em 2020 (segundo semestre) a disciplina não é ofertada.

Em 2013, 2014, 2015, 2016 (primeiro semestre) e em 2017 (segundo semestre), encontramos a disciplina Saúde e Sociedade ofertada para o doutorado que traz em sua ementa e bibliografia o descritor: desigualdades raciais. Em 2018 (primeiro semestre), encontramos uma alteração na bibliografia sugerida com a inserção do conceito: “diferenciais étnico-raciais”. Tal qual em 2019 (primeiro semestre), no qual encontramos novas sugestões bibliográficas para esta disciplina com os descritores: racismo e saúde, desigualdades raciais e saúde e racismo. Em 2020 (segundo semestre), ela é ofertada e apresenta os descritores desigualdades étnico-raciais na ementa e desigualdades raciais na bibliografia sugerida.

Em 2020 (segundo semestre) na disciplina Leituras em Violência e Saúde não encontramos em sua ementa dados que contemplem a pesquisa, porém encontramos o descritor “raça” na bibliografia sugeridaⁱ. Algo que me chamou atenção sobre a disciplina supracitada (Leituras em Violência e Saúde) é que ela, durante o período de 2010 a 2020, faz parte da ementa em 2013.2, 2014.2, 2015.2, 2016.2, 2017.2, sem apresentar os descritores. Apenas em 2020 utiliza o descritor “raça” e, entre 2018 e 2019, ela não aparece no programa do curso. Nesses dois anos surge a disciplina Tópicos Especiais em Violência em Saúde: violência contra mulheres e interseccionalidades, que não contempla nenhum descritor de nossa pesquisa. Destaco, entretanto, que em 2020, durante a Pandemia de covid-19, há um aumento significativo da violência contra as mulheres, em especial contra as mulheres negras, conforme abordado no Atlas da Violência 2020ⁱⁱ, entretanto tal questão não é mencionada na ementa.

Quanto a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), outra Unidade da Fiocruz trabalhada, nos ateremos aos cursos *stricto sensu* (mestrado e

doutorado), incluindo as disciplinas de verão e inverno, analisando as seguintes áreas de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde; Determinação dos Processos Saúde Doença Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos; e Sociedade, Violência e Saúde. Nos períodos de 2010.1 a 2013.2; 2014.2; 2015.2; e 2016.1 não localizamos nenhuma disciplina ou ementa contendo os descritores aqui trabalhados. Em 2014.1, 2015.1 e 2018.1 localizamos a disciplina Leituras e Interpretações sobre a formação do Brasil, uma disciplina eletiva, que ainda que o tema não apareça nos objetivos, há uma sugestão bibliográfica na ementa contendo o descritor “raça”.

Em 2016.2, 2017.2 e 2018.2 localizamos na bibliografia sugerida os descritores desigualdade racial e raça, na disciplina eletiva Desigualdades sociais, saúde e políticas públicas. Em 2017.2 é oferecida a disciplina eletiva Etnicidade, Equidade e Saúde, que sugere na bibliografia um texto em inglês com o descritor *race*, e em português, o descritor “raça”, oferecida em conjunto com o Programa de Epidemiologia em Saúde Pública.

No segundo semestre do mesmo ano (2019) encontramos a disciplina Expressões do Racismo e Saúde, que traz em sua centralidade temática e pedagógica a questão do racismo. Trata-se de uma disciplina eletiva, em cuja proposta pedagógica há a efetiva participação e diálogo com diversos atores sociais, abordando o racismo em diversas formas de expressão. Sua ementa propõe:

A disciplina tem por objetivo debater diversas dimensões e expressões do racismo, desde sua perspectiva histórica, que repercutem nos processos de determinação social da saúde. Propõe-se apresentar temáticas e aprofundar conhecimentos relacionados às dimensões do racismo, tais como: estrutural, institucional, ambiental, epistemológico, religioso, cultural, dentre outras. Intenciona-se compreender e problematizar os processos pelos quais o racismo se conforma e se reproduz historicamente na sociedade e nas instituições brasileiras, sustentado por narrativas de dominação, tais como a do mito da democracia racial, que produzem ocultamentos de suas tramas políticas, sociais, econômicas, e que repercutem negativamente nas condições de vida e de saúde da população negra¹⁵.

Além disso, a disciplina apresenta uma bibliografia mais extensa em diálogo com autores estudiosos do debate racial, mas que são sistematicamente invisibilizados pelo pensamento social brasileiro hegemônico, presente nas bases disciplinares de considerável parte da produção acadêmica, tais como: Lélia Gonzalez, Abdias Nascimento, Frantz Fanon, Kimberlé Crenshaw, Angela Davis, Grada Kilomba, Achille Mbembe, Kabenguele Munanga, dentre inúmeros outros.

Ainda em 2019.2, temos a disciplina eletiva Violência, Trabalho e Saúde: perspectivas contemporâneas, que traz na ementa a abordagem sobre discriminações raciais, porém na bibliografia o descritor “raça” aparece apenas uma vez, em uma referência em língua francesa (*racisme*).

O terceiro e último programa relativo à Fiocruz abordado é, na verdade, um programa interinstitucional, do qual fazem parte também a UFRJ, a UERJ e a UFF, o PPGBIOS (Programa de Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva). Na pesquisa dos descritores por disciplinas e suas ementas no período de 2010 a 2013.1, não encontramos nenhum dos descritores trabalhados nesta pesquisa. Já no segundo semestre de 2013 há a oferta da disciplina: Tópicos Especiais em Bioética: Raça, Racismo e Interseccionalidades em Saúde Coletiva, entretanto só está disponível a ementa, sem bibliografia. A disciplina consta na plataforma sob a coordenação da professora Jurema Werneck e a prof.^a Luciene Lacerda como professora colaboradora.

Algumas ponderações finais

O resultado de nossa pesquisa mostra que o debate, embora já esteja se tornando presente, é bastante incipiente nas bases curriculares, refletindo o epistemicídio nas instituições pesquisadas. Este toma corpo à medida que não encontramos um debate crítico sobre a matriz colonial que conforma nossas bases sociais, a partir do debate racial, na maior parte das instituições pesquisadas, dando a infeliz ênfase aqui aos programas de saúde coletiva da UFRJ e UNIRIO, já que nestas não encontramos indícios da presença do debate no período pesquisado em sua grade curricular.

Reiteramos que a persistente desigualdade vista no mercado de trabalho para brancos e negros é mais um elemento que corrobora com a manutenção da desigualdade racial. Não é mais admissível “fechar os olhos” para essa realidade tão dura. É preciso reconhecer a dimensão racial do problema, e que este não é apenas uma questão de classe social, já que as hierarquias de classe no Brasil correspondem às hierarquias raciais. Interseccionar o debate é tarefa urgente do pensamento crítico. Sabe-se que quando os negros chegam à universidade, ou quando a “senzala” chega à academia, a branquitude se incomoda, ou a “casa grande” se incomoda. Esse descentramento de lugar social é algo ainda não resolvido em nossa sociedade.

Somos nós, o povo negro, mulheres, indígenas, periféricos e demais corpos excluídos quem temos que seguir conflitando tais estruturas sociais. É relevante pensar na formação profissional em saúde e fomentar a inclusão de disciplinas que debatam o racismo. Ampliar o debate nos espaços de produção científica objetiva dar visibilidade à temática em questão, colaborar para que as instituições de ensino e pesquisa permitam uma aproximação com o tema, a fim de minimizar os efeitos do racismo estrutural que atravessa a sociedade em que vivemos.

Referências

1. Kilomba G. Memórias da Plantação: Episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
2. Gomes NL. Trajetórias escolares, corpo negro e cabelo crespo: reprodução de estereótipos ou ressignificação cultural? Rev Bras Educ. 2002;(21):40–51.
3. Hooks B. Ensinando a transgredir: a educação como prática de liberdade. 2 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2017.
4. Oliveira JMS. A transversalidade da questão étnico-racial nos currículos dos cursos de graduação em Serviço Social das universidades federais brasileiras. [dissertação de mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.
5. Presidência da República. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 1990; 20set -http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
6. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da

- população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa; 2005.
7. Ministério da Saúde. Política Nacional da Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 – Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.
 8. Nascimento A. O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado. 3 ed. São Paulo: Perspectivas; 2016.
 9. Cruz MS. Uma abordagem sobre a história da educação dos negros. In: Jeruse Romão, organizador. História da Educação do Negro e outras histórias/Coleção Educação para todos. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; 2005.
 10. Romão J. Educação, instrução e alfabetização de adultos negros no Teatro Experimental do Negro. In: Jeruse Romão, organizador. História da Educação do Negro e outras histórias/Coleção Educação para todos. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; 2005.
 11. Nascimento A. Movimentos sociais, educação e cidadania: um estudo sobre os cursos pré-vestibulares populares. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.
 12. Presidência da República. Lei nº 10.639, de 09 de janeiro de 2003. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira”, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2003; 9jan - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.639.html
 13. Carneiro AS. A construção do outro como não ser como fundamento do ser. [dissertação de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
 14. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
 15. Escola Nacional de Saúde Pública [Internet]. Disciplina Expressão do Racismo e Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019 – Disponível em: <https://ensino.ensp.fiocruz.br/cursos/mestrado-e-doutorado/saude-publica/doutorado/disciplina/23611/2019>. Acesso em: 20 jan. 2023.

Notas finais

- i. Andrade CB, Assis SG. Assédio moral no trabalho, gênero, raça e poder: revisão de literatura. Rev bras saúde ocup [Internet]. 2018;43:e11.
- ii. Em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Enquanto entre as mulheres não negras a taxa de mortalidade por homicídios no último ano foi de 2,8 por 100 mil, entre as negras a taxa chegou a 5,2 por 100 mil, praticamente o dobro.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Adelyne Maria Mendes Pereira

Pós-doutorado em Saúde Global pela Universitat de les Illes Balears, Espanha. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). Pesquisadora e Coordenadora de Pesquisa do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: adelynemendes@gmail.com

Adriana de Holanda

Doutora em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Comunicação e Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia (UFF). Pesquisadora em Saúde Pública do Centro de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: adriana.holanda@fiocruz.br

Ana Laura Brandão

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Nutrição pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: alaurabrandao@gmail.br

Célia Regina de Andrade

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Serviço Social pela Universidade

Gama Filho (UGF). Pesquisadora em Saúde Pública do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos (DEMQS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: celia.andrade@fiocruz.br

Denise Cavalcante de Barros

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tecnologista em Saúde Pública do Centro de Saúde Germando Sinval Farias (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: denise.cavalcante@fiocruz.br

Gideon Borges dos Santos

Doutor em Políticas Públicas e Formação Humana pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Psicologia Social pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Graduado em Pedagogia (UESC). Coordenador Geral do Lato sensu e Qualificação Profissional em Saúde da Vice Direção de Ensino (LSQPS/VDE/ENSP/FIOCRUZ). Pesquisador em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: gideon.borges@fiocruz.br

Giselle Goulart de Oliveira Matos

Doutora em Ciências (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Fonoaudiologia pela Universidade Veiga de Almeida (UVA/RJ). Especialista em Epidemiologia em Saúde do Trabalhador (UFBA). Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Pesquisadora em Saúde Pública (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: giselle.matos@ensp.fiocruz.br

José Wellington Gomes Araújo

Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública

(ENSP/FIOCRUZ). Graduado em Medicina pela Universidade do Ceará (UFC). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: jose.gomes@fiocruz.br

Karen Cordovil Marques de Souza

Doutora em Epidemiologia (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Ciências (UERJ). Especialista em Saúde da Família (FIOCRUZ). Graduada em Nutrição (UERJ). Analista Administrativo II da Secretaria do Stricto Sensu (VDE/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: karen.souza@fiocruz.br

Lenice Gnocchi da Costa Reis

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestrado em Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Residência Médica em Medicina Social (UERJ). Especialista em Planejamento Estratégico de Sistemas de Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Medicina (UERJ). Pesquisadora em Saúde Pública (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: lenice.costareis@gmail.com.

Marcia Teixeira

Doutora em Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ). Mestre em Ciências da Saúde (ENSP/ FIOCRUZ). Graduada em Ciências Sociais (UFF). Pesquisadora em Saúde Pública (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: txmarcia47@gmail.com

Marilúcia Oliveira da Silva

Especialista em Gestão Acadêmica (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Gestão do Trabalho Pedagógico pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Graduada em Pedagogia pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Analista Administrativo II da Secretaria e da Coordenação Geral do LSQPS (VDE/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: marilucia.silva@fiocruz.br

Mirna Barros Teixeira

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF/ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora de Ensino do Departamento de Ciências Sociais (DCS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: mirna.teixeira@fiocruz.br

Roberta Gondim de Oliveira

Doutora em Sociologia pela Universidade de Coimbra, Portugal. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Pesquisadora e Coordenadora de Ensino DAPS (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: robertagondim@ensp.fiocruz.br.

Valeria Teresa Saraiva Lino

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Medicina (UERJ). Pesquisadora do Centro de Saúde Germano Sinval Farias (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: valeria.lino@fiocruz.br

Vilma Valeria Fonseca Brito

Especialista em Planejamento, Implantação e Gestão da EAD (UFF). Graduada em Letras pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). Analista Administrativo II da Secretaria e Coordenação Geral LSQPS (VDE/ENSP/FIOCRUZ) Rio de Janeiro (RJ). E-mail: vilma.brito@fiocruz.br

SOBRE OS AUTORES

Alexandra Silva Gomes

Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ)
Especialista em Gestão da Atenção Básica pela ENSP/FIOCRUZ
Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Adelyne Maria Mendes Pereira

Pós-doutorado em Saúde Global pela Universitat de Les Illes Balears (Espanha).
Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ
Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ
Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL)
Pesquisadora do Departamento de Administração em Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

André Schimidt da Silva

Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ
Especialista em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ
Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Servidor público na carreira de Especialista em Gestão de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) cedido para ENSP/FIOCRUZ

Ana Carolina Ribeiro da Silva Poluceno

Especialista em Avaliação em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ
Graduada em Administração pela Universidade de Brasília (UnB)
Chefe de Monitoramento do Contrato de Gestão no Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF)

Belkis Hernandez

Especialista em Medicina Geral Integral pela Universidade de Ciências Médicas da Havana (Cuba) Especialista em Oftalmologia pelo Instituto Clínico Docente da Havana Hospital Hermanos Ameijeiras (Cuba)
Especialista em Medicina da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
Especialista em Pneumologia Sanitária pela ENSP/ FIOCRUZ
Graduada em Medicina na Universidade de Ciências Médicas da Havana (Cuba)

Bernuarda Roberta de Oliveira Santos

Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente pela ENSP/ FIOCRUZ
Graduada em Enfermagem pela Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO)

Carla Moura Cazelli

Mestre em Ciência da Saúde (ENSP/FIOCRUZ)
Graduada em Medicina pela UFRJ
Professora Assistente Aposentada da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UERJ)

Camila dos Santos Moreira de Souza

Especialista em Clínica Médica pela Residência em Clínica Médica da UFRJ
Especialista em Cardiologia pela Residência em Cardiologia da UERJ
Especialista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC/Brasil)
Especialista em Gestão em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ
Graduada em Medicina pela UERJ

Cristiano Manetti da Cruz

Especialista em Gestão em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ
Especialista em Economia da Saúde pela Universidade Federal de

Goiás (UFGO)

Especialista em Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Especialista em Vigilância em Saúde Ambiental pela UFRJ

Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica pela UFSC

Especialista em Farmácia Clínica e Farmacologia pela Universidade Católica de Pelotas (UCP) Graduado em Formação Pedagógica de Docentes pela UCP

Graduado em Farmácia e Bioquímica pela UCP

Danielle Moreira de Castro Lima

Mestre em Saúde Pública na subárea de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ

Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/FIOCRUZ

Especialista em Estomaterapia pela UERJ

Especialista em Cuidados Paliativos na Atenção Primária pelo Hospital Israelita Albert Einstein

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Servidora Pública da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Diego Mendonça Viana

Mestre em Saúde da Família (UFC/FIOCRUZ)

Graduado em Psicologia pela UFC

Docente e Pesquisador em Saúde Coletiva

Dolores Maria Franco de Abreu

Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Mestrado em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Medicina Veterinária pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

Pesquisadora Colaboradora do Laboratório de Avaliação, Departamento de Endemias Samuel Pessoa (ENSP/FIOCRUZ)

Eliane de Sousa Silva

Especialista em História da África e do Negro no Brasil pela Universidade Candido Mendes

Especialista em Saúde, Racismo e Direitos Humanos pela ENSP/FIOCRUZ

Graduada em História pela Universidade Gama Filho

Graduada em Serviço Social pela UFRJ

Assistente Social da Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda-Rio De Janeiro

Élida Azevedo Hennington

Pós-doutora pela Instituto de Salud Colectiva da Universidade Nacional de Lanús (Argentina)

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Mestre em Saúde Coletiva pela UNICAMP

Graduada em Medicina pela UFRJ

Especialista em Saúde Pública pela Residência Médica em Saúde Pública pela UFF

Especialista em Medicina do Trabalho pela UNICAMP

Pesquisadora Titular da ENSP/FIOCRUZ

Professora e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ

Francisca Maria da Silva

Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Bióloga da Vigilância Sanitária e Ambiental (VISA) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Novo Oriente (CE)

Gisele Oliveira

Doutora em Saúde Pública pela UFRJ

Graduada em Odontologia pela UFF
Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão em Saúde na
ENSP/FIOCRUZ
Analista de Gestão em Saúde na ENSP/FIOCRUZ

Helinaldo Corrêa da Conceição

Graduado em Odontologia pela Universidade do Estado do Amazonas
Odontólogo da Prefeitura Municipal de Manicoré

Inara Pereira da Cunha

Doutora em Saúde Coletiva pela FOP/Unicamp
Graduada em Odontologia pela UFMS
Tutora do curso de especialização e integra o Programa Educacional
em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da Covid-19 e
de outras doenças virais (VigiEpidemia – Fiocruz Mato Grosso do Sul).

Israel Lucas Fernandes de Paula e Silva

Graduado em Medicina pela FPS
Médico Sanitarista na Coordenação de Equidade da Diretoria de Gestão
do Cuidado da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Jéssica Barbosa Ramos Bandeira

Especialista em Pneumologia Sanitária na ENSP/FIOCRUZ
Graduada em Enfermagem pela UNISUL-BA
Participante do grupo de pesquisa Práticas de Cuidado das Enfermeiras
Voltadas a Tuberculose Pulmonar em Eunápolis (BA)

Joice Aragão de Jesus

Especialidade em Pediatria pela Residência Médica no Instituto de
Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)
Graduada em Medicina pela UFRJ

Coordenadora do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme da Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2015

Coordenadora-Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (MS/Brasil)

Josely Maria Brandão Colares

Especialista em Gestão em Programas Saúde da Família pela Candido Mendes

Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Manaus (EEM)

Coordenadora do Programa Municipal de Imunização em Manicoré (AM)

Laudicéia Marques de Santana Lima

Especialista em Motricidade Orofacial com enfoque em Disfagia pela UNESF/FUNESO

Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia

Especialista em Saúde Pública pela FAINTVISA

Especialização em Gerontologia pela UNICAP

Especialista em Qualidade na Assistência e Segurança do Paciente pela FIOCRUZ/ANVISA

Aprimoramento em ABA pela Companhia do Autismo

Graduada em Fonoaudiologia pela UNICAP

Analista Técnica de Gestão Universitária (Fonoaudióloga) – HUOC – UPE

Fonoaudióloga TEA do grupo Hapvida Intermédica Notredame

Leila Claudia Monteiro de Castro dos Santos Braga

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ)

Especialista em Educação Permanente (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Geriatria e Gerontologia pela UERJ

Especialista em Aprimoramento em Voz Profissional pelo INVOZ

Graduada em Fonoaudiologia pela UFRJ
Servidora Pública Efetiva da Prefeitura Municipal de Itaguaí (RJ)

Lucia Regina Florentino Souto

Doutora em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida
(ENSP/FIOCRUZ)
Mestre em Saúde Coletiva (UFRJ)
Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Graduada em Medicina pela UFRJ

Maíra Guazzi

Mestre em Epidemiologia pela ENSP/FIOCRUZ
Especialista em Pneumologia Sanitária pela ENSP/FIOCRUZ.
Graduada em Serviço Social pela UFRJ
Técnica da Gestão dos Programas de Controle da Tuberculose das
Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Marcelle de Barros e Silva Torres

Especialista em Gestão e Administração Hospitalar e Auditoria dos
Sistemas de Saúde e em Segurança do Paciente (FIOCRUZ)
Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa
Senhora das Graças (FENSG-UPE)
Enfermeira Responsável Técnica do Hospital Universitário Oswaldo
Cruz (RJ)

Marcia Mirandela Teixeira

Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Graduada em Serviço Social na UFF
Servidora Pública da Secretaria Especial de Políticas e Promoção da
Mulher (RJ)

Maria Adriana Moreira

Especialista em Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde pela Instituto de Pós-Graduação e Graduação (IPOG)

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Secretária Municipal de Saúde de Manicoré (AM)

Maria das Graças Carvalho da Silva

Especialista em Direitos Humanos, Saúde e Racismo: a Questão Negra pela ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Serviço Social pela UFRJ

Maria Luiza Silva Cunha

Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ)

Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Especialista em Educação Profissional em Saúde, Saúde Pública, Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Psicologia pela UFF

Professora e pesquisadora aposentada

Docente Colaboradora na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/FIOCRUZ)

Maria das Mercês Navarro Vasconcellos

Doutora em Educação pela UFF

Mestre em Educação pela PUC

Graduada em Ciências Biológicas pela Faculdade Celso Lisboa

Maria Rita de Cássia Macêdo

Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Especialista em Gênero e Sexualidade CLAM-IMS/UERJ

Professora de EAD na ENSP/FIOCRUZ

Marli Marques

Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias Universidade Federal Mato do Sul (UFMS)

Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias (UFMS)

Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Pneumologia Sanitária(ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Enfermagem Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Cascavel (PR)

Docente da Pós-graduação em Saúde da Família (INISA/UFMS)

Maura Vanessa da Silva Sobreira

Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRGN)

Especialista em Gestão da Atenção à Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sirio Libanês (SP) Especialista em Políticas e Gestão do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Graduada em Enfermeira pela UFPB

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFRGN

Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina (PPG/ETIM/UFRN)

Mônica de Castro Dantas Louza

Especialista em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Especialista em Psicologia Hospitalar (INI/FIOCRUZ)

Graduada em Psicologia pela UFF

Psicóloga da Atenção Primária em Saúde no Município de Maricá (RJ)

Patricia dos Santos da Costa

Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Especialista em Saúde da Família pela UERJ

Especialista em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Odontologia pela UFF

Assessora na Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 2.2 no Rio de Janeiro

Tutora do Curso de Gestão em Saúde do RAD/ENSP/FIOCRUZ

Públio Ribeiro Bianchini

Especialista em Psicologia Forense e Jurídica pela Faculdade Unyleya, em Gestão em Saúde pela ENSP/FIOCCRUZ

Graduado em Psicologia pelo Instituto Luterano de Ensino Superior (ILES/UBRA)

Psicólogo efetivo na Prefeitura Municipal de Iporá (GO)

Renata Maria Pessoa De Magalhães Pereira Fuchs

Especialista em Prótese Dentária-ABOMI/OCM

Especialista em Odontopediatria (USP)

Especialista em Geriatria e Gerontologia Multidisciplinar(UFF)

Especialista em Gestão em Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Odontologia pela UFRJ

Cirurgiã-Dentista da Odontoclínica Central da Marinha, Rio de Janeiro (RJ)

Ricardo da Cunha Araújo

Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

Especialista em Auditoria em Saúde pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER)

Especialista em Vigilância e Cuidado em Saúde (FIOCRUZ)

Médico generalista formado na UEA

Roberta Gondim de Oliveira

Doutora em Sociologia pela Universidade de Coimbra (Portugal)
Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA)
Pesquisadora e Coordenadora de Ensino DAPS (ENSP/FIOCRUZ)

Thaís Moreira Estevão

Especialista em Enfermagem em Onco-Hematologia Clínica e Cirúrgica pelo Centro de Formação, Pós-graduação e Pesquisa em Saúde (CEFAPP)
Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente (ENSP/ FIOCRUZ)
Servidora Estatutária e Enfermeira do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (UPE)
Graduada em Enfermagem pela FUNESO

Vilma Costa de Macêdo

Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Mestrado em Saúde Coletiva
Residência em Saúde Coletiva pela FIOCRUZ
Graduada em Enfermagem pela UFPE
Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Zuleika Karoline dos Reis Mota

Especialista em Gestão em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ
Graduada em Fonoaudiologia Pelo UNINORTE-AM
Coordenadora da Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Manicoré (AM)

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

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 978-65-5462-116-8

